

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E
MEIO AMBIENTE
NÍVEL MESTRADO**



ANA CAROLINE FIGUEIREDO MOITINHO

GESTÃO AMBIENTAL PARTICIPATIVA:
contribuições de comunidades de bairros em áreas urbanas de riscos à saúde

**SÃO CRISTÓVÃO - SERGIPE
2017**

ANA CAROLINE FIGUEIREDO MOITINHO

GESTÃO AMBIENTAL PARTICIPATIVA:
contribuições de comunidades de bairros em áreas urbanas de riscos à saúde

Dissertação apresentada como requisito
para obtenção do título de Mestre pelo
Programa de Pós-Graduação em
Desenvolvimento e Meio Ambiente da
Universidade Federal de Sergipe.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Menezes

SÃO CRISTÓVÃO - SERGIPE
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Moitinho, Ana Caroline Figueiredo.

M715g Gestão ambiental participativa: contribuições de comunidades de bairros em áreas urbanas de riscos à saúde / Ana Caroline Figueiredo Moitinho; orientador Antônio Menezes. – São Cristóvão, 2017.

70 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Gestão ambiental. 2. Epidemiologia. 3. Saúde. I. Menezes, Antonio, orient. II. Título.

CDU 502.15

ANA CAROLINE FIGUEIREDO MOITINHO

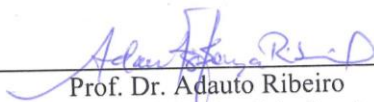
GESTÃO AMBIENTAL PARTICIPATIVA:

contribuições de comunidades de bairros em áreas urbanas de riscos à saúde

Dissertação apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe.



Prof. Dr. Antônio Menezes
Universidade Federal de Sergipe
Presidente-orientador



Prof. Dr. Adauto Ribeiro
Universidade Federal de Sergipe
Examinador Interno



Profª. Drª. Christiane Ramos Donato
Universidade Federal de Sergipe
Colégio de Aplicação - UFS
Examinador Interno



Prof. Dr. Marcus Aurelius de Oliveira Vasconcelos
Instituto Federal de Sergipe– IFS/SE
Examinador Externo

Aprovada em 30 de março de 2017

É concedido ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) responsável pelo Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente permissão para disponibilizar, reproduzir cópia desta Dissertação e emprestar ou vender tais cópias.

Ana Caroline Figueiredo Moitinho

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente - PRODEMA
Universidade Federal de Sergipe - UFS

Prof. Dr. Antônio Menezes - Orientador

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente - PRODEMA
Universidade Federal de Sergipe - UFS

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente concluído no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA) da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Prof. Dr. Antônio Menezes - Orientador
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente - PRODEMA
Universidade Federal de Sergipe - UFS

À minha mãe Normaci, incentivadora dos meus sonhos, que me acompanha, apoia, e me dá força e ânimo, em todos os momentos.

Ao meu orientador Prof. Antônio Menezes, companheiro de caminhada nessa jornada, pela formação, paciência e confiança.

A minha família, amigos e todos aqueles que cruzaram meu caminho participando de alguma forma na construção e realização desse trabalho.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, pois o que seria de mim sem essa fé que eu tenho nele, sem ela eu não teria forças para essa longa jornada.

Ao meu orientador Prof. Antônio Menezes, por todos os ensinamentos, pela partilha de tantos momentos fecundos, pelo carinho, pela paciência, por me colocar no colo nos momentos de angústias e dificuldades, pela confiança e apoio incondicional durante a nossa caminhada. Por toda compreensão e amizade, que tanto contribuíram para a minha formação pessoal, profissional, científica e intelectual.

Aos professores do PRODEMA por seus ensinamentos e dedicação, que foram muito importantes durante essa trajetória, especialmente o Prof. Adauto Ribeiro, a Prof^a Christiane Ramos Donato e o Prof. Marcus Aurelius, que com muito carinho participaram da minha banca examinadora.

A Prof^a, Maria José, coordenadora do programa, pela paciência, compreensão e apoio, que foram imprescindíveis para a realização deste trabalho. As secretárias do PRODEMA Luzia e Irys, pelo carinho, pela torcida e amizade.

A minha mãe, que me acompanhou, me apoiou com todo o seu amor, e nunca me deixou desistir.

A minha família querida, avós, tios e tias, e primos pelo apoio e incentivo constantes.

A minha Tia Carla Taciane, por ser uma eterna incentivadora dos meus sonhos.

As minhas amigas Carminha e Najó, por todo carinho e apoio. Que de forma especial me acolheram, me deram força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e compartilhando dos momentos de alegrias.

Aos meus amigos Breno e Lilian, que como um pai e uma mãe me apoiaram com muito amor e carinho.

Aos meus irmãos Leonardo, Menandro e Carla Katiuscia, que sempre significam segurança e a certeza de que eu não estou sozinha. Meus melhores e maiores presentes.

Aos meus amigos, pela torcida e carinho, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção, melhora tudo o que tenho produzido na vida.

Esta vitória tem o sabor das dificuldades superadas, do dever cumprido nas sólidas amizades e dos momentos inesquecíveis compartilhados com cada pessoa que de alguma forma contribuiu para a realização desse sonho. Sozinha eu jamais teria conseguido.

A todos vocês o meu amor e gratidão.

Mesmo que mil tipos de ódio o mal invente o amor mesmo sozinho será sempre mais valente, valente, forte, profundo, capaz de mudar o mundo e acalmar qualquer dor, vivemos nesse conflito, mas confio e acredito na valentia do amor. E o amor mesmo valente, nada contra a correnteza nesse mar de intolerância tentando encontrar firmeza, perdida em algum lugar, escondida nesse mar existe uma ilha bela, onde tudo é diferente e se tu usar a mente também pode encontrar ela, esse mar de intolerância meu povo, é a nossa sociedade, com ondas de impaciência, com sal da brutalidade, e a pobre ilha perdida, imóvel e sem saída é você no meio do mar, que insiste em esconder o bem que vive em você e tem o poder de mudar, de mudar esse oceano sem precisar de ciência, pois uma gota de paz limpa um mar de violência, o que falta na humanidade é uma dose de bondade pra curar toda essa dor, por isso que eu tenho dito que: eu ainda acredito na valentia do amor.

Bráulio Bessa

RESUMO

Esta pesquisa analisa a importância da participação da comunidade de bairro na gestão ambiental de unidades de saúde em áreas de riscos urbanos ambientais. Discute-se os processos de gestão ambiental pública aplicada aos sistemas de saúde básica, em particular, analisa-se o campo epidemiológico e suas relações com a gestão ambiental participativa. O campo empírico da pesquisa escolhido foi o bairro Rosa Elze em São Cristóvão – Sergipe: 40 indivíduos com faixa etária entre 20 e 75 anos de idade fizeram parte do estudo (26 mulheres e 14 homens foram entrevistados). A pesquisa é do tipo descritivo-exploratória. Os principais instrumentos de coleta de informações foram a observação sistemática, entrevistas semidirigidas, escala de satisfação de atendimento e registro fotográfico. Os resultados apontam que a comunidade de bairro pode contribuir com a maior eficiência, eficácia e diretividade no controle de problemas ambientais em áreas de riscos urbanos, principalmente, no que se refere às questões de prevenção e intervenção direta de casos epidemiológicos. Destaca-se, ainda, a necessidade de estudos técnico-científico no campo da gestão ambiental voltados para a elaboração de instrumentos de gestão ambiental participativa aplicados ao diagnóstico, intervenção e prognóstico que favoreçam participação, interação e maior colaboração entre unidades básica de saúde e moradores de comunidades de bairro em regiões urbanas.

PALAVRAS-CHAVE: Meio Ambiente. Saúde. Epidemiologia. Gestão Participativa.

ABSTRACT

This study addresses the importance of neighborhood residents' participation in environmental management of health units in urban areas facing environmental risks. Public environmental management of basic health systems is discussed, furthermore an epidemiological field study and its relationships with participatory environmental management are presented. The empirical field of this study was the Rosa Elze neighborhood, in São Cristóvão, Sergipe. Forty individuals aged 20 through 75 years participated in this study, being 26 women and 14 men. The research is classified as descriptive and exploratory, and the main data collection instruments were: systematic observation, semi-structured interviews, service satisfaction scale, and photographic analysis. According to the results, neighborhood residents can collaborate to greater efficiency, effectiveness, and directivity regarding environmental problem control in urban risk areas, especially about prevention and direct intervention of epidemiological cases. Additionally, it is pertinent to highlight the need for technical and scientific studies, in the environmental management field, towards the development of participative environmental management instruments to diagnosis, intervention, and prognosis that favor participation, interaction, and collaboration between health basic units and neighborhood residents in urban areas.

Keywords: Environment. Health. Epidemiology. Participative management.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
MATERIAIS E MÉTODOS	04
Ponto de partida	04
Caracterização da área de estudo	06
Campo empírico da pesquisa	07
Participantes da pesquisa	09
Instrumentos de coleta de informações	10
Procedimentos adotados	11
Primeira etapa. Contatos iniciais com gestores	12
Segunda etapa. Observação participante e coleta de dados ou informações	12
Terceira etapa. Resultados e discussão da pesquisa	15
Quarta etapa. Conclusão da pesquisa e escrita do relatório final	17
RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	20
Análise de categorias da pesquisa	21
Categoria 1. Gestão ambiental participada	23
Categoria 2. Gestão ambiental participativa	37
CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	56

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre as relações entre espaço urbano, dinâmica demográfica e meio ambiente têm sido alvo de inquietações científicas de pesquisadores (BRAGA e CARVALHO, 2001; CARLOS, 1992; MOTA, 2003; LIMA; RONCAGLIO, 2001; HOGAN, 2001). Os aspectos biofísicos, econômicos e culturais de áreas urbanas se relacionam às questões socioambientais complexas (ACSELRAD, 2002; SANTOS, 1979; 1982;1988;1996). Presume-se que a compreensão a respeito do modo como esses fenômenos ocorrem permite enxergar as questões ambientais como sendo indispensáveis ao avanço na superação de problemas sociais (e vice-versa) encontrados em diferentes comunidades de populações humanas (VEYRET, 2007; BRÜSEKE, 1997). O campo da saúde ambiental e do desenvolvimento possui pertinência social e científica nesse cenário (FREITAS e PORTO, 2006; RIGOTTO, 2003 e 2008; LEAL et. al., 1992a e 1992b).

Os fatores ambientais ligados à saúde, principalmente aqueles encontrados em áreas urbanas de risco, potencializam a análise da complexidade da dinâmica socioambiental (SOUZA, 2000). O desafio das metrópoles é enorme (GOUVEIA, 1999). Em cada situação de *risco ambiental urbano* é possível identificar a variedade de problemáticas e escalas de abrangência cujos elementos agrupam fatores físicos, culturais, psicossociais, biopolíticos, geográficos, econômicos e ligados às comunidades (DAGNINO e CARPI JÚNIOR, 2007; DINIZ, 2006; MODESTO, 2011; MODESTO e MARANDOLA JÚNIOR, 2012). O *bairro*, na tessitura urbana, é uma das parcelas do espaço geográfico que é diretamente atingido por riscos ambientais à saúde humana (TEIXEIRA, 2007; VAUGHAN e MORROW, 1992; VILLASCHI, 2003). Torna-se inadiável a realização de pesquisas de base operativa, cuja centralidade de ações englobe a participação direta e contínua entre diferentes agentes sociais na identificação, gestão e avaliação de problemas ambientais que afetam a integridade das relações sociais e qualidade de vida dos indivíduos (SOUZA, 2000; VERMELHO, LEAL e KALE, 2005).

Nesse sentido, entende-se que os agrupamentos humanos, pós-urbanização, são, ainda, amplamente afetados pelos processos da industrialização (descarte, poluição, contaminação) e pelo crescimento populacional cada vez mais acelerado (MENEZES, 1995; MOTA, 2003; PAIVA et al., 2010; PEREIRA, 1995). Áreas de risco à saúde em cidades, participação da comunidade de bairro e busca de redução de índices epidemiológicos são elementos centrais no desenvolvimento desta pesquisa.

Entre as variáveis de influência restritiva, concernente a atuação profissional efetiva em saúde e meio ambiente, encontram-se os processos de gestão e/ou administração de unidades de saúde (FADEL et al. 2009; BARATA, MENDES e BITTAR, 2010; CONASS, 2011). Por mais que a gestão seja executada por agentes técnicos com alto padrão de qualidade gerencial (AUGUSTO, 2002; BONATO, 2011; SANTOS, 2010; VAUGHAN e MORROW, 1992), sem a observância à dimensão socioambiental, as unidades de atendimento comunitário de saúde tendem a inflacionar atendimentos com os mais diversos tipos de patologias, provocadas por agentes ambientais. É preciso a melhoria de serviços no atendimento à saúde de base comunitária (CARVALHO e TONET, 1994). Uma das principais necessidades é a escuta, interação e constante diálogo com os agentes sociais dentro dos contextos nos quais se desenvolvem as ações das unidades de atendimento à saúde (BRAGA e CARVALHO, 2001; BRANCO, 2006; DONNANGELO, 1976).

A gestão da saúde na administração pública está envolta em crise ascendente (SANTOS, 2010). Apesar de se constituir como direito fundamental e social legítimo, como direito público subjetivo, a saúde pública, infelizmente, é cercada de pessimismo e de menor juízo de reconhecimento de qualidade na oferta de serviços e atendimento à população (DRUMOND JUNIOR, 2007; GONÇALVES, 1982; LIMA e RONCAGLIO, 2001). Nesses termos, a problemática da gestão de unidades de saúde envolve o reconhecimento da importância de todos os agentes envolvidos no processo de gerenciamento e no desenvolvimento de programas de saúde (MATOS e PIRES, 2006; MEHRY e ONOCKO, 1997; PAIVA et al., 2010). A concentração de decisões, associada ou não, ao planejamento e avaliação dos resultados não deve prescindir da colaboração mútua entre unidades de saúde e população de usuários (BONATO, 2011). Na gestão da saúde a população e/ou comunidade de usuário exerce enorme influência nos resultados alcançados.

No Brasil, as questões ambientais são cada vez mais socialmente produzidas e mitigadas pela colaboração ou atuação conjunta entre comunidades e unidades de saúde (TEIXEIRA, 2007). Os contextos do aparecimento e registro de doenças são cada vez mais partilhados e identificados por entre os usuários, moradores comuns ou de comunidades próximas (ANDRADE, MEIRELES e LANZONI, 2011). O ambiente de cidades em pequenas localidades, torna possível a identificação de uma rede paralela a funcionar entre as diferentes etapas de acompanhamento de doenças (NICOLETTO, 2009).

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a participação da comunidade de bairro na gestão ambiental de unidades básicas de saúde em áreas de riscos ambientais urbanos. Discute-se os processos de gestão ambiental pública aplicada aos sistemas de saúde básica, em particular, analisa-se o campo epidemiológico e suas relações com a gestão ambiental participativa. Por isso mesmo, trata-se de uma pesquisa voltada aos estudos sobre as interações sociais diretas ocorridas entre moradores de bairro periférico, caracterizados por períodos relativamente curtos de permanência no espaço, dado a variação de dinâmica social do lugar que é a ocupação e residência provisória de estudantes universitários. O campo empírico dessa pesquisa foi o bairro Rosa Elze da cidade de São Cristóvão – Sergipe, vizinho a Universidade Federal de Sergipe. Dado a possibilidade concreta de existir centenas de contextos similares em distintas regiões do Brasil, pretende-se que a pesquisa contribua social e cientificamente pela apresentação de estratégias necessárias à reorganização de ações, decisões e avaliação de políticas públicas, ligadas a questão epidemiológica, à saúde e à gestão ambiental participativa.

MATERIAIS E MÉTODO DA PESQUISA

Ponto de Partida

Essa pesquisa é de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa científica baseia-se em procedimentos rigorosos, muitas vezes exaustivos, engendrando a composição de etapas e processos de modo lógico e sistemático. Descrição e categorização tornam-se parcelas típicas do trabalho de pesquisa com as quais a escolha de determinados tipos de instrumentos de coleta de informações e uso de técnicas específicas, são ordenadas sob a égide da verificação empírica e/ou sob o controle de variáveis, seguidos de categorização e análise heurística.

Nesse sentido, a objetividade em ciência busca o tratamento de informações provenientes da realidade, de modo independente de qualquer julgamento pessoal. Porém, o contexto no qual se desenvolve a prática da pesquisa contemporânea, após décadas de discussões sobre a legitimidade e a validade da razão instrumental, pragmática e objetivista, presume o reconhecimento de que, qualquer atividade humana, é constituída de modo humano, seja pelas escolhas de delimitação de objeto de pesquisa, seja no manejo mais aprofundado ou não de uma técnica a outra. A pesquisa contemporânea é, sem dúvidas, um ato-processo político que envolve decisão, ações e interferências diretas no modo de produção do conhecimento e uso social do mesmo.

A pesquisa sobre *Gestão Ambiental Participativa* requer a adoção de múltiplas perspectivas ou abordagens de análise. No entanto, esta pesquisa delimitou-se pela escolha da pesquisa descritiva. Não qualquer descrição. Optou-se por descrever os fenômenos ou as relações nas quais se formula o tríplice fluxo *sujeito-objeto-contexto*, sob o ponto de vista quantitativo ou qualitativo, tendo como foco a compreensão mais aprofundada a respeito do campo empírico, a partir do qual a pesquisa se desenvolveu. Assim, buscou-se a apresentação de informações do modo mais completo possível, incidindo sobre características do objeto de pesquisa e as categorias produzidas no decorrer do estudo.

A pesquisa descritiva emerge quando não se estrutura formalmente em torno de um estudo analítico ou de um estudo experimental. Assim, não se tem como objetivo testar hipóteses ou modelos. A pesquisa descritiva é feita a partir de observações em campo empírico, e essas observações podem ser amplamente analisadas ou testadas em modelos de pesquisa experimental ou analítica, posteriormente. A pesquisa descritiva concentra-se em procedimentos básicos de coleta, análise e interpretação de dados. Nessa perspectiva, pode-se fazer uso de técnicas qualitativas ou quantitativas no emprego de questionários, entrevistas, observação participante, estatísticas, documentos sobre grupos de pessoas, contextos, programas ou indivíduos. A característica central da pesquisa descritiva é propriamente *descrever uma situação*, mais do que testar uma hipótese (RUDIO, 2011).

Na pesquisa em saúde epidemiológica os estudos do tipo descritivo possuem grande aceitação entre acadêmicos. Entre os tipos de estudos descritivos o *diagnóstico e/ou avaliação de necessidades de comunidades* foi o escolhido. O **diagnóstico de necessidades comunitárias** ocorre pela coleta de informações sobre a situação atual concernente aos problemas sanitários e progressos alcançados na gestão de programas de saúde sob diferentes perspectivas: do gestor e dos usuários dos sistemas de atenção básica de saúde. Assim, procura descrever as práticas sociais cotidianas, as estratégias de enfrentamento de barreiras à saúde ou a assistência imediata à saúde. A finalidade da pesquisa descritiva exploratória de base epidemiológica é identificar as necessidades e fornecer informações que orientem estudos complementares ou intervenções diretas sobre a problemática estudada.

Essa pesquisa é também exploratória. Na pesquisa exploratória a busca pela formalização do objeto de pesquisa dá-se pela decisão de tornar conhecido a contingência de relações entre indivíduos ou grupo de indivíduos, suas dinâmicas, contradições e características. A busca por tornar conhecida uma determinada situação incorre na necessária familiaridade, participação e interação direta e ativa juntos ao contexto no qual o objeto de pesquisa se estrutura. Por isso mesmo, a pesquisa exploratória, ao lado da pesquisa descritiva, tem como suporte o conhecimento ativo e cotidiano da realidade estudada. É o objetivo central do pesquisador tornar o problema de pesquisa explícito para a comunidade científica. Assim, torna-se parte das finalidades da pesquisa

exploratória, o uso de interação direta com as pessoas que fazem parte do contexto analisado. Essa *démarche* é recorrente e necessária nesse tipo de pesquisa.

A importância da participação da comunidade de bairro na gestão ambiental de unidades de saúde em áreas de riscos urbanos ambientais é o objeto dessa pesquisa. Discute-se os processos de gestão ambiental pública aplicada aos sistemas de saúde básica, em particular, analisa-se o campo epidemiológico e suas relações com a gestão ambiental, aqui denominada *gestão ambiental participativa*. O campo empírico da pesquisa escolhido foi o bairro Rosa Elze em São Cristóvão – Sergipe. Quarenta indivíduos com faixa etária entre vinte e setenta e cinco anos de idade fizeram parte do estudo (vinte e seis mulheres e quatorze homens foram entrevistados). Os principais instrumentos de coleta de informações foram a observação sistemática, entrevistas semidirigidas, escala de satisfação de atendimento e registro fotográfico.

Caracterização da área de estudo

Esta pesquisa teve como área de estudo o município de São Cristóvão, Sergipe. O município de São Cristóvão está localizado na Zona da Mata Atlântica do Estado de Sergipe, sendo banhado pelo rio Vaza Barris em sua sede, próximo ao litoral e estendendo-se para oeste, integrando a microrregião do município de Aracaju, distanciado da capital em 18 km pela rodovia federal BR – 101. Possui área geográfica com extensão de 430,65 km², limitando-se ao Norte com o município de Nossa Senhora do Socorro, ao Sul e Oeste com o município de Itaporanga D’Ajuda e ao Leste com o município de Aracaju (IBGE, 2010).

O município possui clima tropical, com pluviosidade média anual de 1.200 mm e temperatura média de 30°C e mínima de 20°C. Com economia baseada no Turismo, Pecuária, Agricultura de Subsistência, Indústria e Comércio. De 1991 a 2010 o crescimento populacional do município de São Cristóvão é significativo. Esse crescimento teve grande influência do desenvolvimento da especulação imobiliária e após a instalação da Universidade Federal de Sergipe, Campus Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos em 1968 (FRAGATA, 2012). Dados do Censo IBGE 2013, indicam que a população do município de São Cristóvão era de 84.620 habitantes, analisando a

última atualização do IBGE, a estimativa populacional do ano de 2016 é de 88.118 habitantes, é possível observar um aumento significativo da população do município.

Figura 1. Evolução populacional do município de São Cristóvão – SE de 1991 a 2010.

Evolução Populacional			
Ano	São Cristóvão	Sergipe	Brasil
1991	47.558	1.491.876	146.825.475
1996	57.358	1.616.185	156.032.944
2000	64.647	1.784.475	169.799.170
2007	71.931	1.939.426	183.987.291
2010	78.864	2.068.017	190.755.799

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

A cidade de São Cristóvão é configurada por dois grandes núcleos, distintos e distantes a 14 km um do outro. O primeiro possui núcleo urbano, que abriga a sede administrativa municipal e o centro histórico da cidade com sua arquitetura do século XIV; o segundo é o aglomerado oriundo de uma expansão urbana distrital, com evidentes influências da problemática socioespacial da cidade de Aracaju (IBGE, 2013).

Campo empírico da pesquisa

O campo empírico da pesquisa estudado foi o Grande Rosa Elze em São Cristóvão – Sergipe. O bairro Grande Rosa Elze, ou simplesmente, Rosa Elze, possui distância aproximada de 4 km de Aracaju. Uma das características atuais do bairro Rosa Elze é o crescimento desordenado de sua estrutura urbana. Trata-se de um bairro periférico que incorpora moradores universitários flutuantes, ou seja, não permanentes, provenientes de várias regiões do Nordeste e do Brasil, como também do interior de Sergipe. A dinâmica

sociodemográfica é intensa dada a circularidade e o ingresso anual de estudantes de graduação e da pós-graduação da Universidade Federal de Sergipe.

A localidade é chamada de Grande Rosa Elze por reunir um conjunto de onze comunidades e ter densidade demográfica flutuante. Trata-se de área predominantemente residencial, com reduzida área rural. Rosa Elze está situado no extremo norte do município de São Cristóvão e faz limite com a cidade de Aracaju. É composto por onze núcleos residenciais, sendo: Rosa Maria, Rosa Elze, Eduardo Gomes, Jardim Universitário, Tijuquinha, Madre Paulina, Luis Alves, Lafaiete Coutinho, Maria do Carmo, Rosa do Oeste e Vila de São Cristóvão. Destaca-se:

Com a chegada da Universidade, um outro núcleo habitacional começou a ser formado: o Jardim Rosa Elze; nome que viria se impor e que, posteriormente, designaria toda a região. O nome do Rosa Elze batizando a região, em detrimento do Rosa Maria, o primeiro a ser criado, deve-se a ter sido o Rosa Elze construído a partir de lotes residenciais, enquanto que o anterior ter sido construído como área rural, em tarefas onde as pessoas faziam chácaras e a terra não tinha valor. Quando a área do Rosa Elze foi loteada, por volta de 1973, como lotes residenciais, teve sua expansão facilitada porque algum tempo depois, em 1980, a Universidade foi instalada. A UFS havia comprado o terreno para sua instalação já nos primeiros anos da década de 1970, o que possibilita concluir que todo o empreendimento de loteamento da região foi programado pensando-se na transformação da área rural em área urbana (LIMA, 2006: 22)

Observe-se que a Universidade Federal de Sergipe, com a estruturação e funcionamento da Cidade Universitária Prof. José Aloísio Campos, as questões demográficas, habitacionais, sociais, econômicas e ambientais emergem. A infraestrutura mínima instalada na localidade, junto a expansão habitacional ascendente, foi, desde as origens de criação do bairro, marcada pela ausência do poder público municipal, por considerar o Grande Rosa Elze mais ligado à gestão municipal de Aracaju do que São Cristóvão. Nesta pesquisa, optou-se por estudar o perímetro urbano mais próximo à Universidade Federal de Sergipe, com base na Unidade Básica de Saúde Masoud Jalali (Figura 1).

A Unidade Básica de Saúde do bairro Rosa Elze na cidade de São Cristóvão - SE atende a 1050 famílias, com o total de 3018 usuários dos serviços disponibilizados pela unidade.

Figura -2 Unidade Básica de Saúde Masoud Jalali, localizada no bairro Rosa Elze, no município de São Cristóvão-SE.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (Pesquisa, 2016)

Participantes da pesquisa

A delimitação de amostragem ou de participantes desta pesquisa não foi trabalho fácil. A decisão de obter uma amostra não intencional, dada a complexidade do objeto de estudo e do tipo de pesquisa escolhido, norteou a definição de participantes com maior ou menor participação direta na pesquisa. A referência ao total de participantes, portanto, fica restrito à quantidade de pessoas que se dispuseram voluntariamente para responder à entrevista, após os contatos iniciais da pesquisa, feitos de modo livre, em diferentes contextos de interação social. Participaram das entrevistas quarenta indivíduos com faixa etária entre vinte e setenta e cinco anos de idade. Vinte e seis mulheres e quatorze homens foram entrevistados. No entanto, a quantidade total dos moradores contatados durante todo o desenvolvimento da pesquisa ultrapassa aproximadamente quinhentas e vinte pessoas.

Os participantes deste estudo favoreceram a identificação de problemáticas de riscos ambientais epidemiológicos durante todo trabalho de campo. Não apenas isso. Em vários depoimentos, autorizados ou não para gravação, os participantes explicitaram

pontos de riscos ambientais epidemiológicos, muitas vezes, levando a pesquisadora aos locais, informando sobre período de duração das fontes dos problemas epidemiológicos e dos agravantes de denúncia e descaso das autoridades públicas. Além do mais, os participantes do estudo, em sua totalidade, demonstraram diferentes visões sobre os riscos ambientais à saúde da população.

Ao perceber essa diferença de visão sobre o problema de pesquisa, emergiram dois diferentes grupos de participantes da pesquisa: (a) moradores permanentes do bairro (em média com mais de dez anos no local); (b) moradores-flutuantes (em média seis anos no local), pertencentes ao público universitário, estudantes de graduação e de pós-graduação da Universidade Federal de Sergipe. Esses dois tipos de moradores, distribuídos por agrupamentos, auxiliaram na compreensão a médio ou longo prazo da problemática da gestão ambiental e suas relações com a saúde ambiental.

Nesse sentido, é fundamental esclarecer que, de acordo com os objetivos da pesquisa descritiva e exploratória, o levantamento de informações que caracterizaram o fenômeno estudado, envolve a *gestão ambiental participativa* pelo destaque à importância da participação de moradores de bairros em comunidades de risco ambiental epidemiológico. Desde o primeiro ano da pesquisa, percebeu-se, com clareza, a dificuldade de participação ativa de moradores-usuários (permanentes e flutuantes) da unidade básica de saúde no conjunto das ações públicas de atenção básica à saúde (em andamento ou já realizadas).

Instrumentos de coleta de informações

Os principais instrumentos de coleta de informações foram a observação sistemática, entrevistas semidirigidas, escala de satisfação de atendimento e registro fotográfico. Os instrumentos de pesquisa são ferramentas de uso pragmático, delimitado e escolhido por objetivo prévio, com a intenção de responder ou à questão norteadora da pesquisa ou ao problema de pesquisa levantado. O uso de instrumentos de pesquisa, por isso mesmo, varia de acordo com os objetivos do pesquisador e do interesse em coletar informações mais diretas, em especial, aquelas que auxiliem na resolução do problema de pesquisa (BARBETTA, 2012).

A observação sistemática foi o instrumento mais utilizado durante a pesquisa. De início, em contato com o campo empírico, a observação foi amplamente explorada em conversas com moradores do bairro Rosa Elze em diferentes situações. Nessa parte da pesquisa, tratou-se de observação livre cuja tônica foi a interação direta com os moradores da localidade. Destacam-se as situações de conversas livres ocorridas entre percursos compartilhados entre moradores-estudantes (moradores flutuantes) na ida ou retorno da Universidade Federal de Sergipe, em situações de almoço, feira-livre, comércio ou entretenimento em praças públicas, lanchonetes, farmácias e atendimento emergencial na unidade de saúde básica do bairro supracitado, tanto quanto, conversas e interações com moradores permanentes nestes mesmos contextos. Posteriormente, foi utilizada a observação sistemática.

A observação sistemática consiste na adoção de registros de informações dentro de um quadro de definição prévia de elementos considerados importantes para o pesquisador. A observação sistemática é planejada. No caso dessa pesquisa, a observação sistemática voltou-se ao registro das seguintes características: (a) estado de origem dos moradores; (b) tempo mínimo de residência no local; (c) frequência mínima de uso da unidade de saúde básica Masoud Jalali; (d) ocorrência de fonte primária (ou secundária) de risco epidemiológico (saneamento, poluição, descarte por substâncias bioquímicas); (e) dinâmica sociocultural de interação entre os moradores. O objetivo central da observação foi a participação ativa entre gestores e usuários de unidade básica de saúde quanto aos efeitos de riscos ambientais urbanos destacados pelos moradores (flutuantes e permanentes). O foco de interesse da pesquisa manteve em torno da dinâmica socioambiental e das ações programadas e realizadas pela unidade de saúde básica frente as questões epidemiológicas.

Procedimentos adotados

Os procedimentos da pesquisa correspondem às etapas ou processos da pesquisa que foram adotados no desenvolvimento do estudo. Os procedimentos são parte indispensável do rigor científico e, descrevê-los, torna-se necessário. Pode-se entender os procedimentos de pesquisa como o *passo a passo* da pesquisa, construído de modo

coerente com as definições de abordagem, tipologia, instrumentos e técnicas da pesquisa de acordo com os objetivos definidos (RUDIO, 2011). Essa pesquisa engloba quatro etapas.

Primeira etapa. Contatos iniciais com gestores da Secretaria Municipal de Saúde e com Diretoria da Unidade Básica de Saúde do Rosa Elze

Nessa etapa da pesquisa foram feitos os primeiros levantamentos das necessidades identificadas pelos gestores públicos a respeito dos problemas de risco ambiental urbano epidemiológico. Esse momento ocorreu em duas fases. A primeira deu-se através de conversas informais sobre programas e/ou projetos considerados prioritários para a Secretaria de Saúde Municipal de São Cristóvão em consonância com as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde do Brasil. Não se pode validar as informações obtidas porque não foi possível em meses consecutivos o contato direto com os responsáveis pelo órgão municipal. Os registros foram feitos mediante recolha de depoimentos de funcionários de segundo escalão como secretariado auxiliar, arquivistas etc. Além disso, não se obteve resultados satisfatórios devido a existência de remissão e relato sobre projetos e programas existentes sem o acesso direto às fontes. Foi indicado pelos informantes auxiliares a recolha e leitura de todos os projetos e programas adotados pelo município em sites do Ministério da Saúde.

A segunda fase da primeira etapa foi o contato com a gestão (diretoria) da Unidade Básica de Saúde do Bairro Rosa Elze, sob o mesmo tipo de estratégia utilizada com a gestão municipal de saúde. Durante seis meses ininterruptos não foi possível entrevistar, conversar ou registrar qualquer tipo de informação oficial sobre programas e projetos de saúde básica em aplicação no bairro supracitado. Essa dificuldade foi sendo superada pela insistente visita a Unidade Básica de Saúde e, na convivência da pesquisadora com os usuários do serviço de saúde, obteve-se o registro de ações locais, observando-se que essas ações ocorriam sem a devida preocupação com o contexto específico da localidade.

Segunda etapa. Observação participante e coleta de dados ou informações

Essa etapa envolve o mergulho no campo empírico da pesquisa. Ocorre pela mudança de minha residência, como estudante-pesquisadora, do bairro Farolândia, em Aracaju, para o bairro Rosa Elze, em São Cristóvão. Essa mudança ocorre entre o terceiro e o sexto mês de formação acadêmica no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente. A decisão de residir no campo empírico da pesquisa favoreceu o mergulho total na realidade estudada. A observação participante total permite ao pesquisador compreender a dinâmica do objeto de pesquisa de modo mais intenso possível. O cotidiano foi recheado de vivências. Em situações diversas, manteve-se interação constante com as pessoas, moradores da localidade, de tal modo que, progressivamente, foi se instituindo o reconhecimento mútuo entre moradores mais próximos, estabelecendo vínculos de proximidade, vizinhança e acolhimento pelos moradores permanentes.

Esse tipo de estratégia de interação na pesquisa ocorreu de modo bastante satisfatório e sem sobressalto. Das atividades de formação (aulas, encontros de orientação, participação em grupo de pesquisa e em eventos) à escrita da pesquisa foram ocorrendo aprendizagens valiosas para o desenvolvimento profissional e pessoal como pesquisadora. Participar de uma problemática de pesquisa como membro reconhecido entre os membros natos do bairro Rosa Elze enriqueceu e alargou a experiência de formação acadêmica pós-graduada. Esse proceder, facilitou o acesso às fontes epidemiológicas, o registro de ocorrência e a escuta da dinâmica típica do objeto de pesquisa.

A coleta de informações e suas primeiras sistematizações ocorreram, então, com base nas interações entre os moradores-usuários da unidade básica de saúde, a pesquisadora em formação e os interlocutores acadêmicos (leituras, orientador de pesquisa, colegas de formação). Primeiro, foram definidos os instrumentos mais adequados para a recolha e sistematização de informações. Em seguida, passou-se a delinear cada um dos instrumentos, conhecendo sua estrutura, finalidade, alcance e limites. Fez-se um estudo aprofundado sobre a metodologia da pesquisa em saúde e em meio ambiente, com a intenção de estabelecer paralelos de uso comum de abordagens, métodos, instrumentos e técnicas de pesquisa. Foi nesse processo que se escolheu a pesquisa do tipo descritiva demarcada por *diagnóstico e/ou avaliação de necessidades de*

comunidades. Em outras palavras, esse tipo de *design* metodológico procura fazer a caracterização do problema de pesquisa mediante a formalização de diagnóstico de necessidades comunitárias. Um dos produtos desse tipo de trabalho é a sistematização e a subsequente formulação de nova pesquisa.

A coleta de informações ocorreu entre o terceiro e o décimo nono mês do período de formação no mestrado em desenvolvimento e meio ambiente. Os registros das interações foram feitos com base em anotações e formulários de registro, quando autorizado pelos participantes, foi gravado em áudio. No entanto, a maior parte dos registros foram feitos de modo direto pela pesquisadora, a partir de caderno de pesquisa. Esse caderno de pesquisa não se constituiu como diário de campo porque não foram feitas reflexões pessoais e intersubjetivas das experiências vivenciadas em campo de pesquisa. Foram anotações pontuais, registros objetivos de informações que favoreceram o conhecimento da dinâmica concreta na qual o problema de pesquisa foi estudado.

A entrevista semidirigida fez parte dessa etapa. Além da entrevista semidirigida, o registro fotográfico e a aplicação de escala de satisfação de atendimento foram realizados. Quanto as entrevistas, ocorreram em ambiente tranquilo, dentro da Unidade Básica de Saúde ou em suas adjacências, em momentos de atendimento de moradores usuários do sistema único de saúde e, ainda, em ambientes familiares, nas residências dos moradores, a pedido dos mesmos. Registre-se que cada entrevista teve como ponto de partida os seguintes elementos: (a) utilização dos serviços públicos de saúde ofertados no bairro; (b) tipo de serviço utilizados; (c) frequência de uso dos serviços da unidade básica de saúde; (d) conhecimento dos programas de prevenção e promoção da saúde disponibilizados; (e) participação em campanha e/ou palestra desenvolvida pela unidade básica de saúde; (f) tipo de reclamação feita aos gestores municipais; (g) interação com agente comunitário de saúde visita residencial; (h) forma de participação para uma melhor gestão da unidade básica de saúde do bairro etc., (ver outras em apêndice).

O registro fotográfico teve como objetivo a captura de quadros concretos de elementos que demonstrassem a existência de fontes diretas de riscos ambientais à saúde da população. Então, as fotografias do bairro ficaram restritas aos esgotos a céu aberto, desperdício de água (com acúmulo imediato próximo a depósitos de lixo), descarte de materiais de construção, da indústria, do comércio ou de consumo doméstico, poluição de

córregos, dentre outros (ver anexo). O conjunto das fotografias explicitam a contínua presença de elementos e fatores de riscos ambientais urbanos à saúde da população estudada. Cabe explicitar que, nem toda fotografia estará dentro da composição textual do capítulo *Resultados e discussão da pesquisa*. Foram feitas remissões aos anexos nessa parte do texto, quando necessário. A intenção foi não tornar o processo de análise meramente figurativo, mas, heurístico e problematizador.

A escala de satisfação de atendimento foi um instrumento criado durante a pesquisa. A finalidade foi o registro de opiniões de moradores-usuários sobre a oferta de serviços da unidade básica de saúde. Observou-se diferentes níveis de opinião quanto a satisfação ou insatisfação do elemento supracitado (ver *Resultados e discussão da pesquisa*). O uso de escalas nominais na pesquisa descritiva é comum porque viabiliza a obtenção de informações das quais emergirão, posteriormente, indicadores, quadros comparativos, quadro simétricos organizacionais, etc. É importante explicitar que esse tipo de delineamento não foi utilizado nessa pesquisa. É relevante compreender os limites da pesquisa descritiva e exploratória dentro da pesquisa social em áreas de conhecimento interdisciplinar, ou seja, é a construção guiada do objeto de pesquisa ao tipo de pesquisa adotada (descritiva e exploratória) que evita a prolixidade e a falta de objetividade, precisão no tratamento das informações.

Terceira etapa. Resultados e discussão da pesquisa

A análise e discussão da pesquisa englobou uma série de estratégias, percursos e escolhas. Tratou-se de momento intenso de dedicação à pesquisa na medida em que os pesquisadores realizam *passo a passo* as formulações metodológicas (método, instrumentos e técnicas) e desenvolve planos de análise, de acordo com o que se pretende na pesquisa. Em muitos momentos, ocorrem mudanças no percurso metodológico dentro das abordagens da pesquisa qualitativa. Essas mudanças são previstas porque se entende que as complexidades da vida social envolvem dinâmicas, imprevisibilidades e rearranjos inesperados. No entanto, na pesquisa descritiva e exploratória, busca-se compreender tais dinâmicas dentro de um recorte de temporalidade e historicidade. É a análise do contexto

em movimento que interessa à pesquisa descritiva. *Contexto da situação* é um termo utilizado para traduzir os processos da pesquisa descritiva. Por isso, a análise e os resultados da pesquisa descritiva são limitados a determinados tipos de situações, não podendo atingir outras realidades sociais, senão sob forma de adequação dos resultados em casos de verossimilhança (RUDIO, 2011).

No entanto, a análise descritiva volta-se a apresentação, construção ou incentivo à inovação de produtos concretos de ciência. O limite da pesquisa descritiva, em termos de contingência ou contexto da situação específica, é superado pela disposição em gerar pistas de necessidades resolutivas, ante o problema de pesquisa analisado. A produção de indicadores, de instrumentos de protocolo, técnicas sociointegrativas, inovação em programas avaliados, são exemplos do tipo de resultado da análise e discussão de resultados da pesquisa descritiva e exploratória (RUDIO, 2011).

Nesta pesquisa o tópico *Resultados e discussão da pesquisa* teve quatro momentos. O primeiro momento foi destinado à organização, sistematização e ordenação de informações com base em agrupamentos discretos. Procurou-se, agrupar as informações coletadas na pesquisa por maior ou menor distância com base em características comuns. No agrupamento discreto os elementos ligam-se uns aos outros por contiguidade e por semelhança. Nesse sentido, o agrupamento discreto engloba elementos que não podem se repetir em outros conjuntos de elementos. Por isso são contíguos. Nessa pesquisa foram os grupos de moradores flutuantes ou moradores permanentes os primeiros agrupamentos realizados.

O segundo momento foi o processo de categorização. O processo de formalização das categorias ocorreu ao longo da pesquisa e resultou do processo de agrupamento. Ao estabelecer os agrupamentos discretos das informações recolhidas na pesquisa, procurou-se identificar suas características básicas e nominá-las de acordo com a predominância destas características, ou com base em suas relações de recorrência mútua. Relações de recorrência mútua ocorrem quando uma determinada palavra, ideia ou conceito permanece associada a outra, de modo a compor par-de-significante inseparável. Assim, quando a palavra, ideia ou conceito *x* aparece, traz consigo o elemento *y*, sendo uma e outra correspondente e dependente na compreensão dos significados sociais identificados na pesquisa. Assim foram construídas duas categorias da pesquisa:

(a) gestão ambiental participada; (b) gestão ambiental participativa (ver definição em *Resultados e discussão da pesquisa*).

O terceiro momento dessa etapa diz respeito à produção de planos descritivos das categorias com base na vivência empírica. Engloba esse momento: (a) distinção entre gestão ambiental participada e gestão ambiental participativa; (b) efeitos da participação de moradores-usuários da unidade básica de saúde na gestão ambiental participada e na gestão ambiental participativa; (c) análise sobre riscos ambientais epidemiológicos e a gestão participativa. Esses momentos foram desenvolvidos de modo interdependente, de tal forma que existe recursividade de um para os outros, muitas vezes, reafirmando o objeto de pesquisa e suas nuances no decorrer da análise e discussões dos resultados.

O quarto momento trouxe à tona a necessidade de desenvolvimento de estudos técnico-científico no campo da gestão ambiental voltados para a elaboração de instrumentos de gestão ambiental participativa aplicada voltados ao diagnóstico, intervenção e prognóstico que favoreçam participação, interação e maior colaboração entre unidades básica de saúde e residentes e/ou moradores de comunidades de bairro em regiões urbanas de riscos ambientais epidemiológicos. Nessa parte do trabalho, recorreu-se à necessidade de produção de instrumental de pesquisa, produtos de ciência, que possam ser adotados sob forma a prevenir, tratar e intervir em situações complexas de riscos ambientais urbanos epidemiológicos.

Quarta etapa. Conclusão da pesquisa e escrita do relatório final

Essa etapa delineou aos pesquisadores perspectivas e configurações específicas do objeto de pesquisa em torno da problematização inicial do estudo desenvolvido. Foi o momento no qual se obtiveram resultados da pesquisa e, por isso, deveu-se cumprir a realização de todas as etapas anteriores, com foco na relação entre objetivo-problema, considerando a composição método-teoria-contexto-técnica-produtos e suas dinâmicas sistêmicas, ecológicas e transversais. Em pesquisa das ciências humanas e das ciências sociais destacam-se as hermenêuticas sobre interações sociais, sentidos e significados sociais partilhados ou não entre os participantes da pesquisa; em pesquisa das ciências da natureza e engenharia destacam-se as perspectivas de mensuração, concentradas em

modelagem matemática, de base explicativo-causal, delineamento nomotético de objetos contextos; em ciências ambientais destacam-se as abordagens teórico-metodológicas da interdisciplinaridade, da inovação metodológica, da inovação conceitual e dos resultados sociopragmáticos da pesquisa. Some-se a tais descritores das ciências ambientais, a predominância de um ou de outro tipo de pesquisa, anteriormente citado ou não (ciências humanas, ciências sociais, ciências da natureza, engenharias, tecnologia, arte etc.).

Na conclusão desta pesquisa, encontra-se a síntese dos cruzamentos entre método-teoria-contexto-técnica dos participantes da pesquisa. Os produtos finais alcançados na pesquisa descritiva são indicativos, prescritivos e potencializam busca de solução do problema estudado seja pela criação de novos instrumentos para a pesquisa social, seja pela inovação heurística, ocorridos durante a análise do objeto de pesquisa e sua problematização. Nesse sentido, essa etapa consistiu em apresentar os seguintes elementos: (a) fazer síntese dos resultados, sem se repetir em minudências, separando o principal do secundário; (b) indicar resolução às barreiras identificadas (novo instrumento de pesquisa social, novo conceito, nova heurística de análise de dados); (c) cumprir a relação objetivo-problema de pesquisa dentro do tipo de pesquisa escolhido. Por fim, esses processos e produtos foram registrados sob forma de relatório final de pesquisa, aqui, sob o formato de dissertação de mestrado. Optou-se por escrever o relatório dentro de organização mais próxima a estrutura de um artigo científico. Quanto aos pressupostos gerais que regem esse trabalho, o papel da teoria, como fonte primária de orientação da pesquisa, ocupou lugar secundário. Por esse motivo, não existe o capítulo *Fundamentação teórica*, dentre outras denominações na pesquisa, que separa teoria e empiria, deixando a teoria servir como guia-mestre de todo processo de pesquisa. A teoria, a priori, não é resolutiva ante os problemas de pesquisa no tipo descritivo, aqui adotado. A teoria é elucidativa; é indicativa e, muitas vezes, limitada por contextos de origem e por escolhas metodológicas ocorridas em tempo-espço determinados. Por isso a teoria (como modelo explicativo universalizante) é contingente em sua validade e pertinência dentro da pesquisa descritiva. Nesse caso, a pesquisa de base descritiva reconhece o campo empírico como primeira realidade e é do contato direto com essa realidade (e sua problematização) que emerge a teoria enraizada, composta dentro da dinâmica do método, dos instrumentos de pesquisa e de procedimentos adotados em campo pelos

pesquisadores. Foram esses os procedimentos, as escolhas e os percursos construídos durante esse estudo (RUDIO, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Esta parte da pesquisa tem como objetivo a problematização do objeto de estudo sob forma de análise, heurística e categorização. É o momento da pesquisa no qual se desenvolvem a discussão de categorias e a apresentação dos resultados alcançados. Efetivamente, são feitas análises do objeto de pesquisa com base no tipo de pesquisa adotado, referenciação aos elementos teórico-conceituais ligados ao tema, já consolidados na produção do conhecimento científico da área, além do emprego sistemático da metodologia delineada, durante as fases iniciais do estudo. Nessa perspectiva, optou-se por trabalhar o referencial teórico em sintonia com a metodologia adotada durante a análise do objeto de pesquisa. Não há separação ente fundamentos teóricos, empiria e metodologia. Sendo assim, esta etapa da pesquisa é composta por duas categorias: (a) Gestão ambiental participada; (b) Gestão ambiental participativa.

Análises de categorias da pesquisa

As categorias desta pesquisa foram formuladas no decorrer deste estudo. Entende-se que o processo de categorização favorece a realização do trabalho de pesquisa na perspectiva de mais bem delinear o objeto de estudo por suas características, com base ou em agrupamento, ou em medidas de dispersão ou outros tipos de critérios científicos, com vistas à sistematização de conhecimentos. O elemento central neste estudo é a *participação* da comunidade de bairro na *gestão ambiental* de unidades de saúde em áreas de riscos urbanos ambientais epidemiológicos. Por isso, de acordo com as informações recolhidas no campo empírico, conforme as sistematizações do tipo descritivo e

exploratório de pesquisa, foram construídas duas categorias: (a) gestão ambiental participada; e, (b) gestão ambiental participativa.

Nesses termos, o reconhecimento da participação popular na gestão ambiental varia de acordo com as decisões e interesses políticos e administrativo-financeiros (GONÇALVES, 1982; BRAGA e CARVALHO, 2001; CONASS, 2011; LIMA e RONCAGLIO, 2001). Em perspectiva semelhante, desastres ambientais viram notícia de propagação fácil. Na gestão ambiental em cidades, prática política e saúde entrecruzam-se como elementos de comunicação de massa (MILLER e PARROT, 2003). Nesse sentido, os riscos ambientais urbanos epidemiológicos tornaram-se pautas públicas, e, mais ainda, são frequentes nas notícias divulgadas pela mídia televisiva, impressa, pela internet e fazem parte da agenda política de representantes partidários do Congresso e do Senado brasileiros (OLIVEIRA, 1995; PITTA, 1995; SORJ, 2000).

É possível notar que os riscos ambientais urbanos epidemiológicos são temas comuns entre matérias jornalísticas há décadas (RIBEIRO, 1998). Embora sejam noticiados em ocorrência esporádica, aqui e ali, como se fossem acontecimentos isolados, acidentes em nenhum momento previstos, quase sempre, procede-se à tomada de depoimentos e registros de cenas de calamidades, com pitadas de denunciismo e espetáculo (OLIVEIRA, 2000). No geral, é preciso fazer ver os *acidentes*, mas, sem produzir debates aprofundados, porque o processo mais valioso é a visão salvacionista e pontual posta em cena. Enquanto isso, em várias regiões do Brasil, a gestão ambiental de riscos urbanos epidemiológicos segue com frágeis potencialidade para erradicação de problemas e agravos à saúde pública (RIBEIRO FILHO, 2005; PASTUK, 1993).

A responsabilidade dos efeitos de riscos ambientais epidemiológicos na saúde de populações urbanas é bidirecional. Dá-se pelas diferentes posições ocupadas na produção econômica entre mais fortes e mais fracos. Ou são acusados os gestores públicos, ou proprietários de grande construtora, ou é apresentado como responsável o próprio cidadão pela falta de participação e consciência de risco ambiental em áreas urbanas de média ou grande concentração demográfica. No entanto, apesar de ser o agente social afetado pelos efeitos nocivos de patologias epidêmicas, é nítido que a participação coletiva de moradores de áreas de riscos ambientais urbanos na busca da solução dos problemas, não faz parte do interesse da gestão pública. A garantia de acesso a moradia digna, saneamento básico, acesso a água potável e o direito à infraestrutura de calçamento, rede de esgoto, distribuição de energia, geração de emprego e renda, comércio e serviços básicos para a

manutenção da vida social urbana, ainda é uma realidade, parcialmente alcançada pelos bairros de grande circulação demográfica, em cidades do interior brasileiro e até mesmo em capitais (BRASIL, 1999).

As relações entre espaço urbano, dinâmica demográfica e meio ambiente afetam diretamente a produção dos riscos ambientais epidemiológicos na malha urbana (e viceversa). Ao se falar em riscos ambientais epidemiológicos, recorre-se a busca de entendimento sobre problemas sociais e desenvolvimento urbano, de modo que as influências mútuas entre os efeitos da gestão pública de saúde e a gestão ambiental expressem as dinâmicas de superação da desigualdade de acesso aos bens produzidos materialmente pelos indivíduos na geração da riqueza econômica. É, no entanto, em localidades periféricas que os riscos ambientais epidemiológicos urbanos se alastram (AYACH, 2012). O bairro urbano, sobretudo, emerge com toda complexidade pela agregação de variados modos de ordenamento estrutural (ruas, avenidas, conjuntos habitacionais) e funcionam, economicamente, muitas vezes, sem planejamento ou visão estratégica de administração sustentável. Em todos esses elementos a gestão ambiental (pública ou privada) emerge com centralidade de influências sobre a análise dessa pesquisa. A participação intencional, horizontal e contínua, torna-se um desafio.

Categoria 1. Gestão ambiental participada

A gestão ambiental participada consiste na primeira categoria da pesquisa. No sentido amplo, entende-se por gestão ambiental o emprego e o desenvolvimento de estratégias, técnicas e instrumentos de identificação, avaliação e controle de problemas ambientais complexos (ecológicos, econômicos, políticos, sociais e culturais). Pode-se destacar desde a produção aos efeitos de relações homem-natureza-sociedade-desenvolvimento sobre a biosfera e demais amplitudes do planeta e do Cosmos. No entanto, a gestão ambiental é quase sempre localizada e voltada ao uso, produção e consumo de recursos naturais. A gestão ambiental ocorre como parcelas de ações estrategicamente definidas com o objetivo de intervir, modificar ou prevenir riscos ambientais (BECKER, 1992; BRÜSEKE, 1997).

A base operativa da gestão ambiental são os indicadores de riscos ambientais. Os estudos e pesquisa em gestão ambiental provêm de distintos campos de conhecimento (química, geomorfologia, estatística, engenharia, ciências biológicas, educação, psicologia social e organizacional, geografia, história, dentre outros), mas, abriga-se com maior destaque na área das ciências sociais aplicadas, em particular na administração. A ênfase no planejamento e execução de metas, ações, procedimentos e avaliação detalhados, em torno de estudos de zoneamento de riscos ambientais, caracteriza o escopo da gestão ambiental. Nesse sentido, a gestão ambiental pode ser considerada preventiva e corretiva.

A gestão ambiental preventiva volta-se a atuação planejada de estratégias e ações que evitem a incidência, manifestação ou aparecimento de riscos ambientais em diferentes graus de abrangência. A ênfase na gestão ambiental preventiva é monitoramento, fiscalização e regulação de ocupação do espaço (por grupo de pessoas ou empresas), certificação de novos produtos da indústria com base em menor efeito de nocividade e agravo à saúde humana e às relações ecológicas, elaboração de relatório técnico-científico de viabilidade de projetos de desenvolvimento (local ou regional), etc. Além desses aspectos técnico-jurídicos, a gestão ambiental preventiva desenvolve-se por campanhas de educação ambiental, tendo como suporte veículos de formação sociocultural (igreja, comunidade, etc.), as instituições escolares, a mídia, o comércio e a propaganda. Quase sempre a gestão ambiental preventiva é pensada por equipe de especialistas e executada de modo hierárquico, variando de acordo com os princípios adotados por gestores ambientais de acordo com as filiações, mais ou menos voltadas à participação ativa direta de comunidades.

A gestão ambiental corretiva é aquela que se aplica em situações de riscos ambientais já deflagrados. O escopo técnico-científico da gestão ambiental corretiva é minimizar e controlar os efeitos dos riscos ambientais instalados. Nesse sentido, a metodologia de trabalho do gestor ambiental exige conhecimentos atualizados sobre as inovações dos produtos da indústria e da legislação ambiental, dado que, as maiores catástrofes ambientais ocorridas nos últimos vinte anos, advêm de grandes empresas exploradoras de recursos naturais que, cumprindo os protocolos de segurança de riscos ambientais, adotam manejos técnicos inovadores dentro dos processos produtivos. Seja inovando no método de extração de matéria-prima pelo incremento de substâncias químicas, seja no manejo de transporte, incorrendo em vazamentos, rompimentos de barreiras protetivas, explosões, etc. Assim, a gestão ambiental corretiva emerge em contextos de calamidades ou catástrofes ambientais de pequenas, média ou grandes

proporções. A participação entre gestores ambientais, especialistas de diversas profissões e a população afetada diretamente pelas calamidades ambientais é quase sempre verticalizada, indireta e voltada à garantia de redução de perdas e proteção à vida.

Existem diferentes níveis e graus de participação popular em gestão ambiental. Em termos de níveis de participação (popular ou não) é a estrutura de gestão que se destaca. Trata-se de estrutura hierárquica e verticalizada. Por isso requer estruturas e ações definidas por tipo de posição ocupada pelos membros técnicos na hierarquia das organizações. Em termos de graus de participação (popular ou não) o destaque está na amplitude e na abrangência de ações (maior ou menor; ampla ou restrita). O funcionamento (ou funcionalidade) de processos e ações condiciona o tipo específico de grau de participação, no caso desta pesquisa, a *participação popular* de moradores-usuários de unidades básicas de saúde, em gestão ambiental.

A *gestão ambiental participada* é aquela que possui estrutura hierárquica e verticalizada na qual a participação de comunidades (ou parcelas da população) apresenta amplitude e abrangência menor ou restrita de ações. Outra característica desse tipo de gestão ambiental é a **reduzida** ou **nula** pertinência de ações propostas (no sentido preventivo ou corretivo) em referência ao contexto específico ou localidade na qual atuam os gestores ambientais. Por isso, soma-se à gestão ambiental, o termo “*participada*”. A gestão ambiental participada é sempre realizada de cima para baixo, restrita a interação entre gestores ambientais de gabinete (diretoria) e subordinados-auxiliares (técnicos executivos e executores) com base em levantamentos de informações (questionários, visita técnica centrada na observação direta e registro de danos ou riscos ambientais ou protocolos). A população afetada permanece restrita ao papel de informar isso ou aquilo, de importância questionável aos especialistas burocráticos. Nesse sentido, tornam-se comuns encaminhamentos à ouvidoria pública ou a registro de ocorrência em repartições indicadas do serviço público, das questões, muitas vezes centrais, dentro da problemática ambiental instaurada como risco ambiental potencial ou real.

Nesta pesquisa, os riscos ambientais epidemiológicos foram identificados dentro desse tipo específico de abordagem de gestão ambiental. Os riscos ambientais afetam

diretamente a saúde pública. Uma análise socioambiental da saúde, além de constituir uma necessidade para subsidiar o debate sobre o desenvolvimento sustentável, torna-se também indispensável para apoiar o controle social, a definição de necessidades e a formulação de políticas públicas (HACON et al., 2005; BARCELLOS e QUITÉRIO, 2006). Para AYACH et al. (2012) a crescente degradação do ambiente urbano e a ocupação desordenada, favorece uma realidade com condições precárias de higiene, abastecimento de água, esgotamento sanitário e a deposição inadequada dos resíduos sólidos. Esses fatores contribuem para o uma maior exposição da sociedade a variados riscos ambientais.

A realidade empírica analisada, tem algumas peculiaridades. Durante dezesseis meses ininterruptos de observação e interação cotidiana efetiva com os moradores do bairro Rosa Elze, pôde-se encontrar, a partir de relatos repetitivos sob forma de queixa, reclamação ou insatisfação dos moradores, panoramas contextuais característicos ao objeto de pesquisa analisado. Antes, porém, de apresentar os resultados da pesquisa quanto à gestão ambiental participativa, é importante destacar informações sobre os participantes da pesquisa mais diretamente envolvidos com a obtenção de respostas à pesquisa, através de entrevista semiestruturada, observações sistemáticas, anotações livres e os serviços prestados pela unidade básica de saúde e por sua equipe gestora. Ademais, é relevante trazer à tona, mais uma vez, a distinção entre usuários do sistema público de saúde que são moradores permanentes ou moradores flutuantes da localidade.

Na condução desse processo, pode-se ter acesso por três vezes a quarenta indivíduos que se autodenominaram ligados a *núcleos residentes estruturados*. Esses núcleos residentes estruturados são flutuantes quando possuem no mínimo quatro anos de existência no bairro, fazem uso da Unidade Básica de Saúde Masoud Jalali e permanecem no local em média por um período superior a seis anos. Os núcleos residentes permanentes possuem em média mais de dez anos de permanência no local, ocorrendo o registro de núcleos residentes permanentes com período máximo de quarenta e dois anos, aproximadamente.

A escolha de analisar os núcleos residentes estruturados ocorreu durante o desenvolvimento da pesquisa. Emergiu do campo empírico e orientou com mais rigor as etapas de análise deste estudo. Por isso a amostragem de análise foi **não intencional** baseada em agrupamentos discretos do tipo permanente ou flutuante (moradores flutuantes e moradores permanentes) encontrados nas atividades de campo como modos de organização social que legitimam a interação entre os moradores do bairro. Nesse sentido,

foram entrevistados quarenta indivíduos pertencentes a núcleos residentes estruturados, apresentando as seguintes características (Tabela 1):

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados por faixa etária e sexo

Faixa etária	N	Sexo	
		F	M
20-40	18	10	8
41-75	22	16	6
Total	40	26	14

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Na amostragem a representatividade maior de moradores usuários da Unidade Básica de saúde é de mulheres com faixa etária maior que 40 anos. Essas mulheres são oriundas de regiões brasileiras como Nordeste, Sudeste e Norte. Os demais indivíduos, quando questionados sobre o uso da Unidade Básica de Saúde do bairro Rosa Elze, vinte e seis indivíduos (26) responderam fazer de uso frequente; dez indivíduos (10) fazem uso esporádico e quatro indivíduos (4) nunca fizeram uso dos serviços de saúde pública a disposição na localidade. Na oferta de serviços de atendimento à saúde básica, observa-se, com maior frequência exames laboratoriais, exame de pressão e exames de rotina, consultas médicas, vacinação e serviços de triagem. Destaque-se a seguir os tipos de serviços disponibilizados pela Unidade Básica de Saúde Masoud Jalali – Rosa Elze, São Cristóvão- Sergipe (Tabela 2):

Tabela 2 – Tipos de serviços disponibilizados pela Unidade Básica de Saúde Masoud Jalali Rosa Elze, São Cristóvão- Sergipe.

Tipo de serviço	Número de pessoas que já utilizaram alguma vez o serviço da UBS
Exames e consultas médicas	21

Consultas de enfermagem	14
Vacinas	20
Medicamentos	12
Campanhas de prevenção de doenças	4
Palestras	4
Odontologia	5
Pré-natal	3
Prevenção e tratamento de hipertensão e diabetes	4
Planejamento familiar	1
Consultas e acompanhamento de neonatologia e pediatria	3
Aconselhamento	5
Serviços de triagem	19
Tratamento e acompanhamento de doenças crônicas	3
Tratamento e acompanhamento de doenças endêmicas	1
Consultas e acompanhamento de neonatologia e pediatria	3

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

A frequência de utilização dos serviços varia entre uma a três vezes por mês, até os usuários que só frequentam a unidade de saúde em época de campanha de vacinação. Seis indivíduos (6) disseram utilizar algum serviço disponibilizado na unidade de saúde entre uma (1) e três (3) vezes por mês. Um dos entrevistados frequenta o posto quatro (4) a seis (6) vezes por mês. Um dado significativo é que a frequência maior de uso da unidade básica de saúde pelos indivíduos ocorre para consultas médicas e vacinação (respectivamente 21 e 20 frequências). Destaca-se que são baixas as quantidades de autodeclaração de uso frequente por parte dos usuários (igual a 1 e menor que 10 usuários) no que se refere às ações voltadas ao tratamento e acompanhamento de doenças endêmicas e planejamento familiar (1 usuário/mês/ação); seguem-se, tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, exames de pré-natal (3 usuários/mês/ ação). Dentro da observação e dos registros obtidos durante a realização desta pesquisa as ações preventivas como palestras e aconselhamentos alcançam baixo número de adesão e interesse (4).

A unidade básica de saúde não mantém protocolo de registro sobre indicadores de participação ou instrumentos de medida de interesse e envolvimento ativo por tipo de moradores do bairro. Nesse caso, não estabelece diferença entre grupos de moradores permanentes e grupos de moradores flutuantes, em termos de definição de programas, projetos e ações na gestão da unidade básica de saúde. Esse elemento exerce contingências na execução gestora adequada de atendimento à saúde pública por parte de Unidades Básicas de Saúde. Em particular, as contingências na gestão de unidades básica de saúde dentro desse tipo de registro agravam-se quando se associam dados epidemiológicos e riscos ambientais urbanos.

As discussões sobre os diferentes tipos de riscos abrangem concepções e enfoques diferentes. Torna-se necessário abordar sucintamente alguns conceitos de risco. Castro et al. (2005) afirma que o risco pode ser associado às noções de incerteza, perda e prejuízos em decorrência de processos naturais ou associados às relações humanas, e exposição ao perigo.

E que o risco se refere à probabilidade de ocorrência de processos que afetam a vida humana direta ou indiretamente. A análise de risco, compreende a identificação de perigos e pressupõe uma quantificação ou qualificação dos seus efeitos para a coletividade, em termos de prejuízos materiais e imateriais AYACH et al, 2012; SOUZA 2004 reforçam a importante inter-relação homem/ambiente quando se referem ao risco. Lê-se:

[...] os riscos devem ser tratados como resultado da intrincada relação entre ameaça e vulnerabilidade, que apresentam uma profunda dependência entre si. A noção de risco estabelece com base na relação conflituosa entre o homem e o seu ambiente, em um processo de mútua influência (2009, p.16).

Especificamente, a *gestão ambiental participada* os riscos ambientais urbanos comporta conflitos entre vulnerabilidade e burocracia de decisão. As cidades são consideradas como espaços hegemônicos de produção e de concentração com complexas infraestruturas, que constituem espaços onde a sociedade se encontra mais vulnerável a perdas de variados processos, ou ainda se transforma em espaços de riscos. Esse risco pode ocorrer em função da ocupação inadequada e de processos produtivos, tecnológicos, sociais e naturais que determinam situações de perdas (AYACH et. al., 2012). Nessa perspectiva, Rebelo (2010) afirma que, para haver risco, é preciso que haja vulnerabilidade, e que o risco está sempre ligado à presença do homem, e que a vulnerabilidade deve ser entendida como um processo que envolve tanto a dinâmica social quanto as condições ambientais (HOGAN et al., 2000). Nesse contexto, Hogan et al. (2000) define a noção de vulnerabilidade socioambiental associada à abordagem socioeconômica, distribuição desigual dos bens e serviços públicos, como coleta de esgoto

e resíduos, abastecimento de água encanada, agentes de saúde. Observe-se, a seguir, registros fotográficos da localidade estudada nessa pesquisa que expõe exemplos de riscos e vulnerabilidade. (Figura 2)

Figura -3 Ruas do bairro Rosa Elze, com exemplos de riscos à saúde.



Fonte: pesquisa de campo, 2016



Fonte: pesquisa de campo,
2016

A existência de inúmeras ruas, avenidas e logradouros com infraestrutura semelhantes é comum no bairro Rosa Elze. Esses elementos são aqui denominados *riscos ambientais urbanos epidemiológicos* porque geram condições potenciais e reais de infestação e contágio de doenças das mais variadas. Dagnino e Carpi Junior (2007) citam em sua obra vários conceitos de riscos, considerando quatro tipos na literatura: os riscos tecnológicos, os riscos sociais, os riscos naturais e os riscos ambientais. Para um melhor entendimento do contexto da urbanização das cidades, é necessário um entendimento da sua dinâmica e dos fatores que influenciam a qualidade de vida da população. Desta forma, compreender o risco, suas causas e consequências, exige uma análise sobre as condições de saúde da população e a influência direta ou indireta da qualidade de vida. Ayach et al. (2012) afirmam que, com a evolução do conceito de saúde, sua abrangência e sua ligação direta com as condições de vida da população, as condições de saneamento das áreas urbanas passam a ser cenário de grande preocupação.

Nesse contexto, a epidemiologia é fundamental (BONITA, BEAGLEHOLE e KJELLSTRÖM, 2010). Conhecimentos e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais são utilizados para articular um conjunto de ações destinadas a controlar os determinantes da saúde da população que vive em um dado território, na perspectiva da integralidade do cuidado e a abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A Epidemiologia é um dos pilares da Saúde Pública, e deve estar estreitamente incorporada às políticas, programas e serviços públicos de saúde (PEREIRA, 1995). No Brasil, a criação e o processo de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem permitindo a garantia da saúde como direito constitucional, e a Saúde Pública vem ampliando consideravelmente o seu espaço dentro desse sistema. (REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA, 2005).

Nos últimos anos, alguns dos principais desafios impostos ao Sistema Único de Saúde foram o desenvolvimento de mecanismos para o seu aperfeiçoamento gerencial, a ampliação do escopo de atuação da Vigilância à Saúde, desenvolvimento de ações visando a promoção e atenção integral à saúde de modo efetivo para todos os segmentos da população, em especial os mais carentes (VAUGHAN e MORROW, 1992). Nesse processo, cada vez mais intensamente vem se utilizando e requerendo informações epidemiológicas em nível regional ou local (VAUGHAN e MORROW, 1992), tanto dos problemas de saúde existentes quanto dos seus determinantes, de modo a se delinear o perfil de necessidades de saúde, fundamental para o atendimento à diretriz de alcance da equidade em saúde.

Na última década observa-se um fortalecimento e desenvolvimento expressivo da epidemiologia nos serviços de saúde, em todas as três esferas de governo (DRUMOND JUNIOR, 2007). Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) que integrou em um único órgão, a vigilância, prevenção e o controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a vigilância ambiental, a sistematização dos dados sobre a saúde produzidos na rede de serviços própria e conveniada ao SUS, e em especial dos sistemas de informação epidemiológica foi um passo significativo (CAMPOS, 2007). Desenvolveu-se, também, uma melhor articulação entre a Vigilância

Epidemiológica e as políticas de prevenção e controle, a rede de referência de laboratórios de saúde pública, e também as unidades hospitalares. Além disso, implantou-se uma unidade de respostas rápidas para identificação e investigação de surtos, epidemias e eventos inusitados, que vem possibilitando o desencadeamento de medidas oportunas para o controle respectivo. Infelizmente, vem se utilizando apenas parcialmente a capacidade técnico-científica existente no país na formação dos recursos humanos para essa unidade. Essa expertise profissional, científica e técnica ocorre sem estar separado da gestão pública de saúde e, conseqüentemente, da gestão ambiental de riscos urbanos epidemiológicos. Observe-se: (Figura 4):

Figura -4 Ruas do bairro Rosa Elze com esgoto à céu aberto, exemplos de riscos à saúde.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2016

É possível notar que a proximidade de porções de água contaminada ou poluída com as residências traduz os riscos potenciais no que se refere à diáde meio ambienteepidemiologia. No bairro Rosa Elze, existem desafios enormes quanto a gestão ambiental de riscos urbanos de potencial epidemiológico. Nesses termos, no Brasil, ainda se pode identificar indicadores que precisam ser superadas nos próximos anos (VERMELHO, LEAL e KALE, 2005). Por exemplo, identifica-se que é necessário o aprimoramento da capacidade dos profissionais em problematizar a sua prática e elaborar perguntas de investigação pertinentes para as políticas de saúde regionais ou locais (NEDEL 2008), e também melhorar a capacidade do uso de métodos de análise epidemiológica (BRONFMAN et al, 1988). Isto é particularmente notável nos sistemas locais de saúde, e poderá permitir a identificação dos reais problemas de saúde e a definição de sua prioridade política (BRANCO, 2006).

Nessa perspectiva, ao realizar uma revisão sistemática de literatura, percebe-se a naturalidade de cientistas e instituições de pesquisas realizarem mais estudos na área da saúde e desenvolvimento de tecnologias para doenças que lhe são referentes, ocasionando uma centralização de produção intelectual nos países de primeiro mundo (DAVENPORT, ECCLES e PRUSAK, 1996). Explicitando que os países industrializados contribuem desproporcionalmente para os avanços científicos, inclusive referentes as doenças próprias dos países em desenvolvimento (AUSTER e CHOO, 1996).

Nesse contexto, enfatizar os benefícios da pesquisa colaborativa e interdisciplinar, dialogando diferentes áreas do conhecimento propicia a fecundidade da viabilização de uma faceta peculiar ao campo da saúde (MORAES, 2003). Fugindo dos padrões de dependência científica e tecnológica do capital cultural dos países desenvolvidos, Marques (1992, p.166) reforça a ideia de que “a ciência não existe por puro diletarismo de seus praticantes [...] cientistas não são intelectuais puros, quando por motivos estritamente acadêmicos [...] sábios isolados e voluntaristas que pairam sobre todos os mortais”. Assim, percebe-se a necessidade de compreender a clivagem entre atender as demandas da ciência e tecnologia no campo da saúde (CAETANO, 2009).

DIAS et al. (2009) relatam em seu estudo a estratégia da atenção primária ambiental (APA). Esses autores tiveram proposta chancelada pela OPAS em 1990, como ação preventiva e participativa em nível local, em que foi, orientada pelo reconhecimento do direito dos seres humanos de viver em um ambiente saudável e de serem informados sobre os riscos para sua saúde e bem-estar, bem como de suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde. Nesse sentido, outras estratégias de ação no nível local, entre elas a Agenda 21 Local, os Municípios Saudáveis, o Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, também se baseiam na compreensão de que a construção da saúde se realiza além dos espaços e práticas das unidades de saúde. Observem-se outros fatores determinantes para o surgimento e a manutenção dos riscos ambientais urbanos epidemiológico (lixo e descartes de material de construção) (Figura 5):

Figura- 5 Ruas do bairro Roza Elze com exemplos de lixo à céu aberto, identificação de risco à saúde.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2016.

Autores como Veyret (2007) e Dagnino e carpi júnior (2007) classificam os riscos em: riscos naturais, riscos tecnológicos, riscos sociais e riscos ambientais. Marandola Júnior (2012) afirma que a expansão urbana trouxe em seu próprio processo riscos e perigos, que se expressam pela falta de ajuste e aderência da produção do espaço urbano aos sistemas naturais. O crescimento rápido da população urbana e a ocupação desordenada traz sérios problemas ao meio ambiente, como o acúmulo de resíduos, resultantes do consumismo e do desenfreio e uso dos recursos naturais. O consumo de recursos naturais está sendo realizado em ritmo mais acelerado do que a renovação pelo sistema ecológico e a geração de produtos residuais em quantidades maiores do que as que podem ser integradas ao ciclo natural de nutrientes. (AYACH et al.,2012). Conforme Siqueira e Moraes (2009, p.2018)

[...] os resíduos sólidos urbanos gerados pela sociedade em suas diversas atividades resultam em risco à saúde pública, provocam degradação ambiental, além dos aspectos sociais, econômicos e administrativos envolvidos na questão.

Na atualidade, mesmo com um marcante avanço tecnológico, é notório em alguns casos, a percepção da ausência de planejamento, da valoração ambiental e da qualidade de vida relacionados com a infraestrutura e saneamento básico. As classes sociais menos favorecidas são as mais atingidas, e que esse fato pode ser percebido nos países mais pobres, onde em sua maioria o processo de urbanização ocorre com o planejamento precário, desencadeando problemas de infraestrutura básicas necessárias de saneamento, oferta de serviços de saúde, geração de emprego, habitação digna de moradia e controle da poluição (YACH et al., 2012).

Para Freitas et al. (2009) a saúde ambiental é área de grande importância e complexidade no campo de conhecimento e práticas de intervenção da saúde pública e coletiva, bem como de relação direta com as questões relacionadas ao desenvolvimento sustentável. E vem cada vez mais ganhando proeminência nas instituições governamentais e não governamentais, acadêmicas e não acadêmicas.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) reforça a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das DCNT (Doenças crônicas não transmissíveis) e a necessidade da tomada de ações imediatas para combatê-las, uma vez que essas doenças são as principais causas de mortes no mundo. Além disso, têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, com aumento das iniquidades e da pobreza. (REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA, 2005). Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, mas, principalmente, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e aqueles de baixa escolaridade e renda. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é alimentado por dados demográficos, ambientais, socioeconômicos, de morbidade, de mortalidade, notificação de surtos e epidemias. A principal fonte de dados é a notificação que é conceituada pelo Ministério da Saúde como:

[...] a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação. (BRASIL, 2009, p. 21)

A interação e a comunicação entre gestores públicos, comunidades e sociedade civil geram avanços na superação dos problemas ambientais. Não somente isso, promovem a intervenção diretiva, planejada e com maior possibilidade de êxito. Por isso, cabe aos agentes públicos a busca de manutenção de diálogos com as bases demográficas de moradores (permanentes e flutuantes) de bairros como o Rosa Elze.

Categoria de Pesquisa 2. Gestão Ambiental Participativa

A gestão ambiental participativa, como categoria de pesquisa, emergiu em oposição simétrica a gestão ambiental participada. Nessa pesquisa, as características de uma gestão ambiental participativa englobam reconhecimento, reciprocidade e valorização mútua de diferentes pessoas, dentro e fora da equipe executiva diretora e em relação aos contextos, localidades e ocorrências ligadas aos riscos ambientais urbanos epidemiológicos. Logo, a participação é intensa, interativa, contínua e se mantém em fluxo de reformulação, quando necessário. Além disso, a gestão ambiental participativa preocupa-se tanto com a gestão ambiental preventiva e a gestão ambiental corretiva.

Na gestão ambiental participativa os procedimentos técnico-científicos são ampliados pela soma de experiências, redes de colaboração ativa e expertise de pessoas, informantes-participantes-colaboradores, que estão diretamente envolvidas em ocorrências de riscos ambientais. De acordo com as atividades da pesquisa de campo desenvolvidas neste estudo, a gestão ambiental participativa aparece como sendo aporte necessário e desejado pela população de moradores-usuários da unidade básica de saúde. A existência da circulação de vários pesquisadores da Universidade Federal de Sergipe nos arredores do bairro Rosa Elze, favoreceram, ao longo dos últimos dez anos, contatos entre moradores, estudantes e pesquisadores, na busca de informações para alimentar banco de dados em diferentes áreas do conhecimento. Assim sendo, de acordo com os relatos obtidos em campo tem sido bastante comum a expectativa de retorno de melhorias da comunidade. Destaca-se:

[...] se eu posso falar um pouco para a sua pesquisa? Posso, mas, não sei se adianta. Vocês vivem aplicando questionário, questionário, questionário, fazendo um monte de perguntas e depois a gente nem sabe para que serviu [...] (**Sujeito J**)

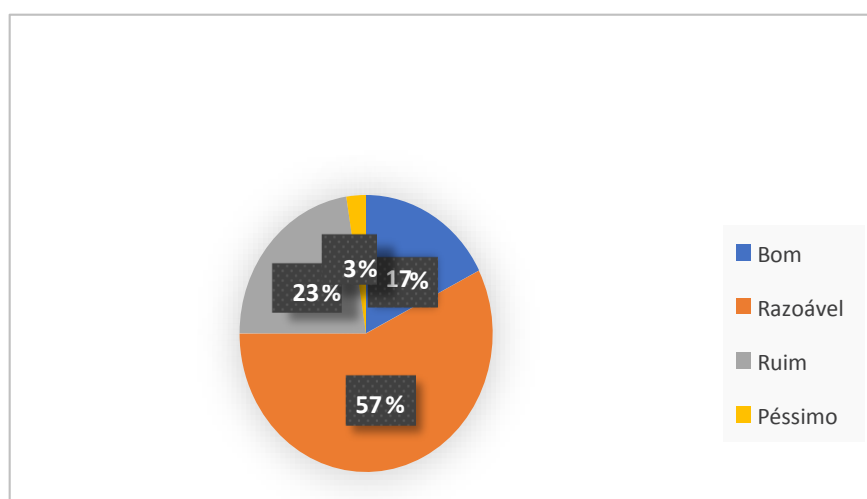
[...] o problema daqui é o abandono. Todo mundo faz anotação e depois some [...] (**Sujeito B**)

[...] até hoje fico esperando atendimento especializado para minha filha. Está cada dia pior [...] (**Sujeito H**)

Esses extratos de fala trazem à tona uma das primeiras manifestações de incômodo dos moradores do bairro estudado quanto a recolha de informações sem planejamento público mais diretivo. Os modelos clássicos de gestão pública, inclusive dentro das

pesquisas universitárias, contribuíram para produzir manifestações de descontentamento e de descrença na resolução dos problemas de saúde (epidemiológicos) e de riscos ambientais urbanos. Para sistematizar mais objetivamente, além dos registros de relatos e depoimentos de moradores, foi questionado aos participantes o nível de satisfação em relação ao atendimento na unidade básica de saúde. Posteriormente, foi organizada uma escala de satisfação com as condições sanitárias do bairro. Observe-se:

Figura – 6: Nível de satisfação da comunidade em relação ao atendimento da Unidade



Fonte: Pesquisa de Campo, 2016.

As críticas e sugestões relativas ao atendimento realizado pela unidade básica de saúde aos participantes englobaram distribuição efetiva de remédios, inexistência de

atendimento móvel (ambulância), baixa quantidade de médicos, dentre outros. Quanto às sugestões, ocorreram manifestações evitativas de nove participantes dos quarenta indivíduos diretamente envolvidos na coleta de informações para a pesquisa. A justificativa para a aquisição de uma ambulância fundamenta-se na dimensão do bairro e o alto número de habitantes do mesmo, além da unidade ser única referência em saúde nessa localização, e distante da sede dos dois municípios limítrofes com o bairro, Aracaju e São Cristóvão.

Durante as entrevistas, um destaque merece atenção. Quando questionados sobre as condições de riscos ambientais e sua relação ao estado de saúde da população, todos os indivíduos entrevistados afirmaram ser um fator determinante da causa de adoecimentos.

Essas informações podem ser verificadas pelo aumento dos casos de dengue, chikungunya, zika e dados de microcefalia em Sergipe (BRASIL, 2017). Soma-se a isso, um dado relevante: os participantes fazem referência às condições precárias como falta de esgotamento sanitário, problemas de abastecimento de água potável, limpeza e drenagem urbana, podem afetar a saúde aumentando os índices dos surtos/epidemias. Dos indivíduos apenas um (01) informa que não tem relação alguma com a proliferação de doenças, os outros trinta e nove (39) afirmam ser um agravo afetando a saúde.

Fundamentando-se na observação e nas informações prestadas, pode se afirmar que todas as famílias analisadas afirmam ser atendidas pelo serviço de coleta de lixo prestado pela Prefeitura Municipal de São Cristóvão, tem acesso a água potável, entretanto alguns mencionam que muitas vezes a água vem com coloração marrom e com mal cheiro. Referindo-se a drenagem de esgoto trinta e uma (31) famílias não possuem drenagem do esgoto, ou seja, há esgoto a céu aberto na porta das suas residências, como mostram os registros de imagens coletadas durante a pesquisa de campo no bairro Rosa Elze. O grau de satisfação e as condições sanitárias do bairro são explícitas. Por fim, nesse contexto, a insatisfação é predominante entre os entrevistados, todas as famílias mencionam algum tipo de insatisfação com atendimento recebido. E mencionam a falta de fiscalização do município na unidade de saúde.

Destaca-se a importância da gestão ambiental participativa na gestão dos riscos ambientais urbanos epidemiológicos. O campo da Saúde Ambiental tem muito a ajudar nesse processo. Trata-se de recente campo de pesquisa e de estudo que aborda os aspectos da saúde e qualidade de vida humana determinados por fatores ambientais cujo esforço é

a formalização de instrumental teórico-metodológico aplicado (RIBEIRO, 2004; BRASIL, 1999). Por isso mesmo, o significado social ou científico do termo refere-se, também, à teoria e à prática de avaliação, correção, controle e prevenção daqueles fatores que, presentes no ambiente, podem afetar potencialmente de forma adversa a saúde humana de gerações presentes ou futuras (OMS, 1995).

O campo teórico-metodológico em Saúde Ambiental compartilha característica da transversalidade (MINAYO, 2006) e pode ampliar-se, ainda mais, com a adoção de princípios de uma gestão ambiental participativa. A exigência de políticas públicas que articulem os setores responsáveis pela produção e/ou geração de riscos para a saúde da população não devem desconsiderar as problemáticas ambientais como variável de forte influência na definição de programas, projetos e políticas de atenção integral à saúde (TAMBELLINI, 1996). A participação de diversos setores da sociedade organizada é um imperativo inadiável nesse trajeto de mudanças.

Na atualidade as discussões que conectam as áreas saúde e meio ambiente tem suscitado inquietações pertinentes para a compreensão das transformações sociais, econômicas e científicas. Para Freitas et al. (2009) a Saúde Ambiental é uma área de grande importância e complexidade no campo de conhecimento e práticas de intervenção da saúde pública e coletiva, bem como de relação direta com as questões relacionadas ao desenvolvimento sustentável (AUGUSTO, 2002). E vem cada vez mais ganhando proeminência nas instituições governamentais e não governamentais, acadêmicas e não acadêmicas (BARCELLOS, 2002).

Leavell e Clark (1982) trazem mais para perto da realidade, definindo saúde como estado de equilíbrio dinâmico com o meio. Um dos fatores das condições de saúde é, sem dúvida, a existência dos serviços de saúde. Hoje em dia, pode se estudar, por exemplo, o indicador de Chiang, que tenta medir, por ano, o tempo perdido por indivíduo por motivo de doença; os indicadores de Sanders, Katz e Sullivan, cujo objetivo é avaliar o nível de “validez” de um indivíduo, considerando morbidade e sequelas.

Para Menezes (1995) a Saúde Coletiva é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. De acordo com Ministério da Saúde (2007), a crítica aos sucessivos movimentos de reforma em saúde, originários da Europa e dos Estados Unidos, como os da Saúde Pública e Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Medicina de Família, Atenção Primária à Saúde, delineou progressivamente o objeto de investigação e práticas em Saúde Coletiva, que compreende as seguintes dimensões: o Estado de saúde da população, isto é, condições de saúde de grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, socioeconômico e cultural; os serviços de saúde, abrangendo o estudo do processo de trabalho em saúde, investigações sobre a organização social dos serviços e a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como a avaliação de planos, programas e tecnologia utilizada na atenção à saúde; o saber sobre a saúde, incluindo investigações históricas, sociológicas, antropológicas e epistemológicas sobre a produção de conhecimentos nesse campo e sobre as relações entre o saber "científico" e as concepções e práticas populares de saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e cultura de modo geral.

Enquanto prática, a Saúde Coletiva propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde (PAIM, 1982). Em Saúde Coletiva enfatiza-se a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população (NUNES, 1991).

O termo Saúde Coletiva é designado por um campo de saber e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público (DONNAGELO, 1982). As origens do movimento de constituição desse campo remontam ao trabalho teórico e político empreendido pelos docentes e pesquisadores de departamentos de instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina e do Brasil, em particular, ao longo das duas últimas décadas (DONNAGELO, 1976). Sem dúvidas, a Saúde Ambiental se constitui como um campo de pesquisa de relevância social e científica incontestável (GOUVEIA, 1999; HELLER, 1998; RIBEIRO, 2004). Mas, é preciso redimensionar as práticas de gestão ambiental em unidades básicas de saúde.

CONCLUSÃO

A gestão ambiental no Brasil encontra-se em níveis desproporcionais quanto a efetividade de ação conjunta entre setores públicos, privados e comunidades de base (seja um território, uma região, um Estado, uma cidade e/ou um bairro) na busca de resolução de problemas socioambientais diversos. No campo da saúde ambiental esse tem sido um dos mais importantes indicadores dos efeitos que o gerenciamento ou a administração burocrática produz sobre a relação entre investimentos financeiros reduzidos em programas de saúde básica e aumento da perda de controle epidemiológico. Entende-se que a gerência orçamentário-financeira exerce, sem dúvidas, relevante função no enfrentamento das problemáticas da saúde básica da população brasileira, no entanto, é a distância de contato entre setores da administração pública ou privada e os usuários dos sistemas de saúde no atendimento à prevenção, tratamento e profilaxia de doenças que mais exerce influências na superação dos problemas ambientais ligados à saúde humana.

No campo da saúde ambiental brasileira, a gestão ambiental participativa contribui para o enfrentamento e resolução dos problemas socioambientais. Parte-se do princípio segundo o qual a participação ativa e contínua de usuários dos sistemas de saúde (público ou privado) define o estado atual e futuro do funcionamento das unidades de saúde. A abrangência do princípio de participação ativa e contínua reduz-se, no entanto, por vezes repetidas, em processos de decisão e gerenciamento nos quais a gestão é *participada*, restrita ou a simples consulta pontual, delimitada por perguntas-respostas, registradas em protocolos; ou, ainda, a gestão de unidades de saúde empreende, somente, ações locais, sob comando e exigências do Ministério da Saúde, por exemplo. Em ambos os casos, a prática da gestão participativa inexistente, porque não se insere numa dinâmica de contextualização de ações, planos e programas, fundados numa perspectiva particular e concretamente situada numa localidade específica e nem inclui a participação do usuário

das unidades de saúde de modo contínuo e ativo. A respeito das problemáticas ambientais esse cenário é preocupante.

A gestão ambiental participativa em bairros urbanos focaliza, de modo secundário, os riscos ambientais do entorno à saúde. O meio ambiente não pode ser considerado elemento para controle da vigilância sanitária somente em épocas de contágios coletivos e proliferação de doenças. Nesse sentido, o meio ambiente é uma variável determinante para as condições de saúde pública e não se deve manter o interesse em estudá-lo somente em situações deflagradas de riscos à saúde. Então, é fundamental a inserção de debates mais aprofundados, mais consistentes e contínuos, a respeito do meio ambiente urbano, suas dinâmicas demográficas e complexas redes de relações de uso do espaço urbano na busca de satisfação de necessidades básicas de saúde, na definição de programas de atenção básica, principalmente em áreas urbanas periféricas com flutuação demográfica constante. Nessa perspectiva, seguem três importantes destaques como resultados desse estudo.

O primeiro diz respeito à necessidade de minuciosa caracterização demográfica de comunidade local, especificamente, ligadas à bairros urbanos periféricos com grande circulação e flutuação de residentes. Essa caracterização pode ser descritiva, englobando identificação de problemas epidemiológicos locais e suas relações com os índices sazonais, considerando as mudanças climáticas e as estações de maior ou menor concentração de calor, umidade ou seca, por exemplo, numa abrangência regional ou nacional. Entende-se por caracterização demográfica o levantamento de perfil de usuários-moradores-permanentes e de usuários-moradores-flutuantes, estabelecendo, inclusive, comparações entre variáveis ligadas ao saneamento básico, manejo de resíduos sólidos com ou sem toxidade, índice de maior registro de infecções, contágios (diretos ou indiretos) por uso de alimentação, contaminação de solo, contaminação por água, ar ou adquiridos por outras vias como uso de material pessoal compartilhado, consumo e circulação de drogas ilícitas, sexo (in)seguro, dentre outros.

O segundo destaque delimita-se pelo aspecto predominantemente burocrático da gestão pública de saúde no tratamento e/ou interesse das questões ambientais. Foi identificado baixo índice de estruturação, organização e operação de ações, planos ou programas de gestão no que diz respeito à gestão ambiental participativa. O interesse maior ou menor por parte de gestores públicos de unidades básicas de saúde estabeleceu-se por reduzido conhecimento das fontes socioambientais na produção e disseminação de

contágios epidemiológicos de populações urbanas. Entende-se por reduzido conhecimento das fontes ambientais o reconhecimento de pautas ambientais, porém, sem a devida centralidade na compreensão sobre os efeitos da poluição, degradação e descarte (de elementos bioquímicos produzidos pela indústria e pelo organismo humano como as fezes, por exemplo) e das dinâmicas de relações sociais como a circulação e a flutuação de moradores e seus impactos na configuração de fluxos epidemiológicos que incidam direta ou indiretamente em aparecimento de doenças ou agravamento à saúde das pessoas.

Esses dados são importantes em duas direções. A primeira direção diz respeito às diferenças entre os grupos de moradores (permanentes ou flutuantes) na produção e efeitos dos riscos ambientais à saúde. A segunda direção se refere à maior ou menor influência de um grupo sobre o outro na propagação de quadro epidemiológicos de agravo à saúde pública. Nesses termos, é fundamental considerar quem são e como vivem os moradores de bairros urbanos periféricos de concentração demográfica flutuante universitária e seus efeitos sobre os moradores-permanentes na dinâmica epidemiológica da região.

O terceiro destaque é concernente à continuidade e à contiguidade das ações de atenção à saúde básica da população urbana no âmbito da gestão ambiental participativa. Torna-se indiscutível que a manutenção de práticas concretas de atuação e intervenção direta sobre os problemas de saúde pública reduz a incidência de adoecimento adquirido. Chama-se continuidade o caráter permanente de atenção à saúde básica sob forma de planos, programas e projetos diretivos, cujo foco de interesse é a profilaxia ou o tratamento de situações de riscos à saúde e que se mantêm em ciclo constante de desenvolvimento, aplicação e avaliação. Em termos de gestão ambiental aplicada à saúde, a continuidade está associada à contiguidade. Essa, diz respeito ao entorno, aos elementos dinâmicos socioambientais, envolvendo desde circuitos de relações sociais, circulação e uso comum de recursos econômicos e naturais para a manutenção das necessidades básicas de alimentação, habitação e entretenimento. Nesse sentido, trata-se da relação de estreitamento das ações humanas e o meio ambiente, o entorno, a situação, as trocas sociais de interação e comunicação entre os seres humanos, natureza, cultura e urbanização. Por isso mesmo, faz-se primordial o entendimento das questões locais e suas

relações com outras esferas de atuação da administração pública de saúde, meio ambiente e epidemiologia.

Os resultados desta pesquisa demonstram que as relações entre os moradores do espaço urbano, a flutuação média de permanência destes no local em que convivem e os agravamentos ambientais de risco à saúde são uns dos principais elementos agentes determinantes de quadros epidemiológicos em bairros periféricos da malha urbana. Nesta pesquisa, cabe destacar que os moradores não permanentes do Bairro Rosa Elze – São Cristóvão, Sergipe, possuem origens de várias regiões do país e estão constantemente em circuito de férias, viagens a congressos, pesquisa de campo etc. Esses elementos exercem influências na configuração de maior delineamento de problemas socioambientais advindos de *vírus influenza*, além de contágios por infecções ou contaminações (ar, solo, água, esgoto, lixo, alimentação, etc.). Logo, não se trata de desconsiderar somente a população específica, potenciais usuários do sistema de saúde público, mas, de desconhecer suas características, suas dinâmicas e principais efeitos no conjunto da população da qual passa a interagir, circular, conviver. Esse último aspecto, abre espaço para a construção de outro (futuro) objeto de pesquisa cuja pertinência social e científica está na construção de *instrumentos de protocolo aplicado à gestão ambiental participativa de riscos à saúde*, considerando a especificidade de contextos como os bairros de residência universitária em diferentes regiões brasileiras ou até mesmo em diferentes regiões dentro de um ou mais Estados da Federação.

Por fim, esta pesquisa destaca que a participação ativa de comunidade de bairro, seus moradores e suas dinâmicas socioambientais, pode contribuir com a maior eficiência, eficácia e diretividade no controle de problemas ambientais em áreas de riscos urbanos, principalmente, no que se refere às questões de prevenção e intervenção direta de casos epidemiológicos. Destaca-se, ainda, a necessidade de estudos técnico-científicos no campo da gestão ambiental voltados para a elaboração de instrumentos de gestão ambiental participativa aplicada voltados ao diagnóstico, intervenção e prognóstico que favoreçam participação, interação e maior colaboração entre unidades básica de saúde e residentes e/ou moradores de comunidades de bairro em regiões urbanas.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, H. (Org.) **A duração das cidades**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- ANDRADE, S. R de; MEIRELES, B. H. S; e LANZONI, G. M. de M. Educação permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 35(4):373-381, 2011.
- AUGUSTO, L. G. S. A construção de indicadores em saúde ambiental: desafios conceituais. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- AUSTER, E.; CHOO, C. W. **Managing information for the competitive edge**. New York: Neal-Schuman, 1996.
- AYACH, L. R.; GUIMARÃES, S. T. L.; CAPPI, N.; AYACH, C. Saúde, saneamento e percepção de riscos ambientais urbanos. **Caderno de Geografia**, v.22, n.37, 2012. Rio Claro, SP. 2012.
- AZEVEDO, S. J. Segregação e Oportunidades de Acesso aos Serviços Básicos de Saúde em Campinas: Vulnerabilidades Sociodemográficas no Espaço Intra-Urbano. **Núcleo de Estudos de População – NEPO/ Unicamp**. Campinas –SP, 2014. p. 09.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; Andrade, M. C. O gestor estadual e os desafios da atenção básica em saúde. In: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília-DF: CONASS; 2010. p. 71-9.
- BARATA, L. R.; MENDES, J. D.; Bittar, O. J. Hospitais de ensino e o sistema único de saúde. **Rev Adm Saúde**.12(46):7-14, 2010.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais** (8ª ed.) Florianópolis: Ed. UFSC, 2012.
- BARCELLOS, C. Constituição de um sistema de indicadores socioambientais. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz, 2002.
- BARCELLOS, C.; QUITERIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. São Paulo - SP, v. 40, n. 1, p.170-177, 2006.
- BECK, U. **Risk Society**. Towards a New Modernity. Sage Publications. London, 1992.

BONATO, Vera Lúcia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 35(5):319-331, 2011.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. Tradução e revisão científica Juraci A. Cesar. 2.ed. - São Paulo, Santos, 2010.

BRAGA, R.; CARVALHO, P. F de. (Orgs.). **Perspectivas de Gestão Ambiental em Cidades Médias**. Rio Claro - SP, DEPLAN/ICGE-UNESP, 2001.

BRANCO, M. A. F. **Informação e saúde**: uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BRASIL. Governo Federal. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades**. 2010.

BRASIL. Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. **Rev. Bras. epidemiologia**. [online]. 2005, vol.8, suppl.1, pp.28-39.

BRASIL. Governo Federal. Pesquisa Nacional de Saúde. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde – DATA – SUS. **Sistema de Informação de Atenção Básica** - Situação de Saneamento, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde – DATA – SUS. **Sistema de Informação de Atenção Básica - Situação de Saneamento**. Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ed. 01. Brasília-DF. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Senado Federal. Legislação Federal. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde ambiental para o setor saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

BRASIL. Plano Municipal de Saúde de São Cristóvão. Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão/SE. 2014.

BRASIL. **Saneamento para a Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde - FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2011.

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ SINAN. Secretaria Estadual de Saúde/SE. Departamento de Vigilância Sanitária. **Informe Epidemiológico Ano II N°**

03 Atualização dos dados de 2016 e registro de casos novos em 2017 até a Semana Epidemiológica 03/2017 (15/01/2017 a 21/01/2017. São Cristóvão - SE. 2017.

BRONFMAN, M; LOMBARDI, C; FACCHINI, L. A et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, 22:253–265, 1988.

BRÜSEKE, F. J. Risco social, risco ambiental, risco individual. **Ambiente e Sociedade**. Ano I, n. 1, 2º semestre. p. 117-133, 1997.

CAETANO, R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. v. 2. Brasília-DF, 2009.

CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro-RJ: Hucitec, 2007.

CARLOS, Ana Fanini Alessandri. **A cidade**. São Paulo, Contexto, 1992.

CARVALHO. M. C. M. V.; TONET, H. C. **Qualidade na administração pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n.2, p.137-152, 1994.

CASTRO, C. M. de.; PEIXOTO, M. N. de O.; RIO, G. A. P. do. Riscos Ambientais e Geografia: Conceituações, Abordagens e Escalas. **Anuário do Instituto de Geociências – UFRJ**, v. 28. n. 2, p. 11-30. Rio de Janeiro-RJ, 2005.

CONASS. Brasil. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, v 8, p. 132, Brasília-DF. 2011a.

CONASS. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v 8, p. 132, Brasília. 2011b.

CUNHA, José Marcos Pinto da. New Trends in Urban Settlement and the Role of Intraurban Migration: the Case of São Paulo, Brazil. Pp. 121-153 in R. E. Bilborrow (ed.), **Migration, Urbanization and Development: new directions and issues**. New York, UNFPA, 1998.

DAGNINO, R. S.; CARPI JR., S. Risco ambiental: conceitos e aplicações. **Climatologia e Estudos da Paisagem**, Rio Claro - SP, v. 2, n. 2, 2007.

DAVENPORT, T.; ECCLES, R. G.; PRUSAK, L. Information politics. In: AUSTER, E.; CHOO, C. W. **Managing information for the competitive edge**. New York: NealSchuman, 1996.

DIAS, E. C, et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.14 n.6. Belo Horizonte-MG. 2009.

DINIZ, F.; Luiz, F. O.; Mariana, B.; Nilda, V. **Estudo de análise de riscos e programa de gerenciamento de riscos** (Apostila preparada para o Ministério do Meio Ambiente

Secretaria de Qualidade Ambiental). **DET NORSKE VERITAS**. Rio de Janeiro/RJ, v. 1, n.2, 2006.

DINIZ, F.; Luiz, F. O.; Mariana, B.; Nilda, V. Estudo de análise de riscos e programa de gerenciamento de riscos (Apostila preparada para o Ministério do Meio Ambiente Secretaria de Qualidade Ambiental). **DET NORSKE VERITAS**. Rio de Janeiro-RJ, v. 1, n.2, 2006.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil. In: ABRASCO. **Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro, 1982.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo - SP, Duas Cidades, 1976.

DRUMOND JUNIOR, M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro-RJ: Hucitec, 2007.

FADEL, C. B. et al. **Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil**. Rio de JaneiroRJ. 43(2): 445-56, mar/abr. 2009.

FRAGATA, T. **Pós-graduação em História cultural da Universidade Federal de Sergipe**. Texto editado do Jornal do dia. Aracaju, 21-22 e 24/04/2012.

FREITAS, C. M, et al. Quem é quem na saúde ambiental brasileira? Identificação e caracterização de grupos de pesquisas e organizações da sociedade civil. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.14, n.6. Rio de Janeiro-RJ, 2009.

FREITAS, C. M; PORTO, M. F. S. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

FREITAS, C.M, et al. Quem é quem na saúde ambiental brasileira? Identificação e caracterização de grupos de pesquisas e organizações da sociedade civil. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.14, n.6. Rio de Janeiro, 2009.

GONÇALVES, E. L (Org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira Editora, 1982.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e Sociedade**, v.8, n.1, p.49-61, 1999.

HACON, S. S. G.; BERMEJO, P. M. Indicadores de Saúde Ambiental: uma Ferramenta para a Gestão Integrada de Saúde e Ambiente. **Caderno de Saúde Coletiva**, 13 (1): 4566, 2005.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 3 (2): 73-84. Brasília-DF, 1998.

HOGAN, D. J. **Migração e ambiente nas aglomerações urbanas**. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2001.

HOGAN, D.; CUNHA, J.; CARMO, R.; OLIVEIRA, A. Urbanização e vulnerabilidades socioambientais diferenciadas: o caso de Campinas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12. 2000, Caxambu. Anais... Caxambu: ABEP, 2000.

LEAL, M.C; SABROZA, P. C; RODRIGUEZ, R.H; BUSS, P. M. (Orgs.) **Saúde, ambiente e desenvolvimento** – uma análise interdisciplinar. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992a.

LEAL, M.C; SABROZA, P. C; RODRIGUEZ, R.H; BUSS, P. M. (Orgs.) **Saúde, ambiente e desenvolvimento** – processos e consequências sobre as condições de vida. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992b.

LEAVELL, E. H. CLARK.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

LIMA, J. A. **Comunidades carentes, lugares da não-informação**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, 2006.

LIMA, M. D. V.; RONCAGLIO, C. Degradação socioambiental urbana, políticas públicas e cidadania. **Desenvolvimento e meio ambiente**, n.3.p.53-63, jan./jun. 2001.

MARANDOLA Jr., E. et., al., (Orgs). Crescimento urbano e áreas de risco no litoral norte de São Paulo-SP. **Revista Bras. Est. Pop., Rio de Janeiro**, v. 30, n. 1, p. 35-56, jan./jun. 2013.

MARQUES, M. B. A pesquisa em saúde e o novo paradigma tecnológico. In: GALLO, Edmundo; RIVERA, Francisco Javier U; MACHADO, Maria Helena (Orgs.). **Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde**. 1ªed. Rio de Janeiro: RELUME/DUMARÁ, 1992.

MARQUES, M. B. A pesquisa em saúde e o novo paradigma tecnológico. In: GALLO, E.; RIVERA, F. J. U.; MACHADO, Maria Helena (Orgs.). **Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde**. 1ªed. Rio de Janeiro: RELUME/DUMARÁ, 1992.

MASSÉ, R. **Culture et Santé Publique**. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 1995.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto, Contexto, Enfermagem**. 5:508-14, 2006.

MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo-SP: Hucitec; 1997.

MEHRY, E.E e ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.

MENEZES, A.R. **Sociologia da Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro. Ed. Do Autor, 1995.

MILLER, K. I; PARROT, R. (Eds). **Handbook os Health Communication**. New Jersey: Laurence Erlmaum, 2003.

MINAYO, M. C. de S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. de S. et all. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro-RJ, Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. Ed.9ª. **Revista e aprimorada**. São Paulo-SP: Hucitec; 2006. 406 p.

MODESTO, F. **Populações em situações de risco ambiental em São Sebastião, Litoral Norte de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2011.

MORAES, I. **Política, tecnologia e informação em saúde**: a utopia da emancipação. Salvador: Casa da Qualidade, 2003.

MOTA, Suetônio. **Urbanização e Meio Ambiente**, 3ª ed. Rio de Janeiro, ABES, 2003.

NEDEL, F. B. et al. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Agé (RS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NICOLETTO, S. C. S et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**.13(30):209-19, 2009.

NUNES, E. D. Trayectoria de Ia medicina social en América Latina: elementos para su configuración. In: Franco, S. et al. **Debates en Medicina Social**. Washington, D. C., OPS, 1991.

OJIMA, Ricardo. A vulnerabilidade socioambiental como conceito interdisciplinar: avanços e potencialidades para pensar mudanças ambientais. **Revista Cronos**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 110 - 120, ago. 2014.

OLIVEIRA, V. C. Media communication and the Single Healthcare System. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.4 , n.7, p.71-80, 2000.

OLIVEIRA, V. C. Os mídias e a mitificação das tecnologias em saúde. In: PITTA, A. M. R. (Org.) **Saúde & comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.133-45.

Organización Mundial de La Salud Y Programa de Las Naciones Unidas para El Desarrollo. El Camino Salutable hacia um Mundo Sostenible. Ginebra. WHO/EOS/95.21, 1995.

PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro, 1982.

PAIVA et al. Teorias administrativas na saúde. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun; 18(2):311- 2010.

PASTUK, Marília. Estado e participação publica em questões ambientais urbanas. Dissertação (mestrado). Instituto de Estudos Avançados em Educação. Fundação Getulio Vargas. Rio de Janeiro, 1993.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

PEREIRA, Maurício Fernandes et al. (Orgs.). **Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. 204p. (Gestão da Saúde Pública; v.3).

REBELO, F. Significado e dimensões do risco: entre a visão holística e as abordagens disciplinares. **II Congresso Internacional e VI Encontro Nacional de Riscos**. CoimbraPortugal, 2010.

RIBEIRO FILHO, Vital de Oliveira. **Gestão ambiental na indústria da saúde no Brasil**: a gestão da cadeia produtiva em favor da sustentabilidade ambiental. Dissertação (mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, 2005.

RIBEIRO, A. C. T. Tecnologias de informação e comunicação, saúde e vida metropolitana. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. v.2, n.2, p.7-20, 1998.

RIBEIRO, Helena. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade** [online]. vol.13, n.1, pp. 70-80, 2004.

RIBEIRO, Helena. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade** [online]. vol.13, n.1, pp. 70-80, 2004.

RIGOTTO, R. **Desenvolvimento, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 4(6):388-404, 2003.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 39. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

SANTOS, Lenir. A administração pública e a gestão da saúde. In: ARMANTE, Paulo Duarte de Carvalho e SANTOS, Nelson Rodrigues dos (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SANTOS, M. **Espaço do cidadão**. 3.ed. São Paulo: Nobel, 1997 SANTOS, M. **Espaço e Sociedade**. Petrópolis: Vozes, 1979.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. **Pensando o espaço do homem**. São Paulo: Hucitec, 1982.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SANTOS, M. **Território globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, 47:28-35, 1995.

SIQUEIRA, M. M.; MORIAS, M, S. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. Rev. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.14, n. 6, p.2152122. 2009.

SORJ, B. **A nova sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SOUZA, M. L. **O desafio metropolitano**. Rio de Janeiro: BDC União de Editoras, 2000.

SOUZA, Marcelo Lopes _____. **ABC do Desenvolvimento Urbano**. Rio de Janeiro, Bertan do Brasil, 2002.

SOUZA, Marcelo Lopes _____. **Mudar a cidade**: uma introdução crítica ao planejamento e a gestão urbanos. 3ªed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

TAMBELLINI, A. T. Notas provisórias sobre uma tentativa de pensar a saúde em suas relações com o ambiente. In: _____. **Por uma Rede de Trabalho, Saúde e Modos de Vida no Brasil**. Rio de Janeiro-RJ, Fiocruz, v. 2, n. 1 e 2, p.12-16, 1996.

TEIXEIRA, Sônia Maria F. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os Municípios** - manual para gerenciamento dos distritos sanitários. São Paulo: HUCITEC, 1992.

VERMELHO, L. L.; LEAL, A. J. C.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. In:

VEYRET, Y. (Org.). **Os riscos**: o homem como agressor e vítima do meio ambiente. São Paulo: Contexto, 2007.

VILLASCHI, J. Novas modalidades de urbanização e sua inserção regional: o condomínio Alphaville Lagoa dos Ingleses, Nova Lima - MG. In: CASTRIOTA, L. B. (Org.). **Urbanização brasileira**: redescobertas. Belo Horizonte: C/ Arte, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO
AMBIENTE

MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE



Nome:.....

Idade:.....Sexo:.....

- 1- Você utiliza os serviços públicos de saúde ofertados pelo PSF do seu bairro? Sim (☐) Não (☐)

- 2- Que tipo de serviço você utiliza no PSF?
 Exames e/ou Consultas médicas (☐) Consultas de enfermagem (☐) Vacinas (☐)
 Medicamentos (☐) Campanhas de prevenção de doenças (☐) Palestras (☐)
 Odontologia (☐) Pré-natal (☐) Prevenção e tratamento de Hipertensão e Diabetes
 (☐) Planejamento familiar (☐) Consultas e acompanhamento de neonatologia e
 pediatria (☐) Aconselhamento (☐) Serviços de triagem (☐) Tratamento e
 acompanhamento de doenças endêmicas (☐) Tratamento e acompanhamento de
 doenças não endêmicas (☐)

- 3- Com que frequência você utiliza esses serviços?
 Entre 1 – 3x por mês (☐) 4 – 6x por mês (☐) Raramente (☐) Somente em época de
 vacinação (☐) Nunca (☐)

- 4- Você conhece os programas de prevenção e promoção da saúde disponibilizados
 pelo PSF? _____
 Ex: _____

- 5- Já participou de alguma campanha e/ou palestra no PSF do seu bairro?

- 6- Na falta de algum recurso como material de coleta, remédio ou falta de profissionais
 para o atendimento, você realiza algum tipo de registro (redes sociais, programas
 de televisão e/ou rádio) e/ou realiza algum tipo de

reclamação aos gestores municipais? (Prefeito e secretário da saúde)

7- O agente comunitário de saúde visita sua residência? Com que frequência?

Semanalmente () Quinzenalmente () Mensalmente () Nunca ()

8- Qual o tipo de assistência prestada pelo agente comunitário de saúde do seu bairro?

Apenas agendamento de exames e consultas () Incentiva à participação nos programas oferecidos pelo PSF para prevenção e tratamento de doenças ()

Orienta para prevenção de doenças () Desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população () Realiza o cadastro das famílias e atualiza para o controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde ()

9- Qual a sua forma de participação para uma melhor gestão do PSF do seu bairro?

10- Como você considera o atendimento ofertado pelo PSF no controle de surtos e/ou epidemias? Bom () Razoável () Ruim ()

11- Gostaria de fazer alguma crítica ou sugestão que possa contribuir no atendimento ofertado pelo PSF?

12- Na sua opinião as condições do ambiente podem ser um determinante do estado de saúde da população?

13- Você concorda que condições precárias como falta de esgotamento sanitário, problemas de abastecimento de água potável, limpeza e drenagem urbana, podem afetar a saúde aumentando os índices dos surtos e/epidemias?

14- O local que você reside possui coleta de lixo, acesso à água potável e drenagem de esgotos?

15- Você se sente satisfeito com as condições sanitária do seu bairro?

APÊNDICE B – TCLE
(Termo de consentimento livre e esclarecido)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO
AMBIENTE
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Resolução CNS. 466/12)

Eu, _____, tendo sido convidado(o/a) a participar como voluntário(o/a) do estudo MEIO AMBIENTE E SAÚDE: da gestão à participação ativa em comunidades de áreas urbanas de risco ambiental, recebi da Sra. Mestranda Ana Caroline Figueiredo Moitinho, do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente, localizado na Universidade Federal de Sergipe – UFS, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que os riscos que este estudo pode designar são os seguintes: incômodo de tempo para responder o questionário e/ou constrangimento em responder as perguntas. Para tornar mínimo o risco citado, será permitido ao participante escolher o momento ideal para responder ao questionário e participar da entrevista. Esclareceremos que o participante terá todo o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta que considere constrangedora. Informamos que os dados coletados para a pesquisa são de caráter sigiloso e os participantes serão codificados.
- Que os resultados que se desejam alcançar com a minha participação são os seguintes: a) publicações de autoria dos pesquisadores dos projetos; b) preparação de alguns artigos a serem publicados em periódicos.
- Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

São Cristóvão, ____/____/____ de 2016.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntário(o,a) entrevistado